MINISTERUL SĂNĂTĂŢII ŞI PROTECŢIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIŢANU

CATEDRA BOLI INFECŢIOASE LA COPII

CULEGERE DE TESTE

LA BOLI INFECȚIOASE LA COPII

Redactor ştinţific: Galina Rusu, conferenţiar universitar, d.m.

Chişinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2006

CZU 616.9-053.2 (079)
C 94

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF
Nicolae Testemiţanu; proces-verbal nr. 2 din 17.02.06

Autori: *Galina Rusu*, şef catedră, d.m., conferenţiar universitar, Om Emerit din RM
Xenia Galeţchi, d.m., conferenţiar universitar
Parascovia Popovici, d.m., conferenţiar universitar
Ludmila Serbenco, d.m., conferenţiar universitar;
Ludmila Bircă, d.m., conferenţiar-cercetător;
Tatiana Alexeev, conferenţiar universitar;
Nadejda Sencu, asistent
Tatiana Juravliov, asistent
Svetlana Borisova, laborant-şef

Recenzenţi: *Elena Mihnevici,* conferenţiar universitar, dr. în medicină, asistent la catedra Boli infecţioase, tropicale şi parazitologie medicală
Stela Semeniuc, conferenţiar universitar, dr. în medicină, asistent la catedra Boli infecţioase, tropicale şi parazitologie medicală

Prezenta culegere de teste este destinată studenţilor anilor V şi VI Facultatea Medicină pentru autoinstruire şi autocontrol în pregătirea pentru examenele de promovare la boli infecţioase şi pediatrie, precum şi pentru examenul de absolvire la pediatrie.

Redactor: *Sofia Fleştor*
Machetare computerizată: *Svetlana Borisova, Veronica Istrati*

Descrierea CIP a Camerei Naţionale a Cărţii

Culegerea de teste la boli infecţioase la copii / red. şt.: Galina Rusu; Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu.* Catedra Boli infecţioase la copii. – Ch.: CEP „Medicina”, 2006 (Tipogr...). – 291 p.
Bibliogr. p. 290–291 (24 tit.).
ISBN 978-9975-945-26-4
150 ex.
616.9-053.2 (079)

ISBN 978-9975-945-26-4

CUPRINS

DIFTERIA

Complement simplu

1. În difteria faringiană tipică inflamaţia are un caracter:
   - A. Eritematos
   - B. Fibrinos
   - C. Necrotic
   - D. Purulent
   - E. Crupos

2. Crupul „adevărat” se înregistrează în:
   - A. Gripă
   - B. Difterie
   - C. Paragripă
   - D. Scarlatină
   - E. Pertussis

3. Terapia specifică a difteriei se face cu:
   - A. Antibiotice
   - B. Imunoglobulină
   - C. Ser antidifteric
   - D. Hormoni
   - E. Plasmă

4. De ce depinde doza de ser antidifteric în tratamentul difteriei?
   - A. De vârsta copilului
   - B. De greutatea corpului copilului
   - C. De ziua când s-a început tratamentul cu ser
   - D. De forma clinică a bolii
   - E. De complicaţii

5. Cel mai important (decisiv) semn care permite diferenţierea rapidă a difteriei toxice şi oreionului (parotidita bilaterală pronunţată) este:
   - A. Edemul cervical
   - B. Febra

C. Masticaţia dureroasă
D. Angina fibrinoasă
E. Leucocitoza

6. Membranele false (difterice) sunt:
A. Dure, consistente
B. Se plasează „-“ ţesut
C. Se detaşează uşor
D. Au culoare alb-gălbuie
E. După detaşare nu apar din nou

7. Pentru declanşarea formelor grave de difterie, cea mai importantă însuşire a bacilului difteric este:
A. Patogenitatea
B. Virulenţa
C. Toxigenitatea
D. Invazivitatea
E. Aderenţa

8. Diagnosticul confirmat al difteriei se bazează pe examenul:
A. Bacterioscopic
B. Serologic
C. Virusologic
D. Imunofluorescent
E. Bacteriologic

9. Care dintre următoarele acţiuni va preveni decesul în difterie?
A. Seroterapia
B. Imunoprofilaxia
C. Antibioterapia
D. Corticoterapia
E. Terapia de detoxicare

10. În difteria faringiană toxică, spre deosebire de mononucleoza infecţioasă, este prezentă:
A. Angina fibrinoasă
B. Hepatomegalia
C. Hepatosplenomegalia
D. Edemul cervical

E. Leucocitoza

11. Semnele generale de toxemie din perioada de stare a difteriei nu includ:
    A. Febră (38º–39ºC)
    B. Vărsături, greţuri
    C. Astenie intensă
    D. Tahicardie
    E. Hipertensiune arterială

12. Edemul faringian (al uvulei şi pilierilor) apare în:
    A. Angina ulceronecrotică Vincent
    B. Angina necrotică în scarlatina septică, s. toxicoseptică
    C. Angina din mononucleoza infecţioasă
    D. Angina fibrinoasă în difteria toxică
    E. Angina candidozică

13. Crupul difteric reprezintă localizarea infecţiei difterice la nivel:
    A. Faringian
    B. Laringian
    C. Conjunctival
    D. Otic
    E. Cutanat

14. Precizaţi informaţia greşită referitor la membranele false (difterice).
    A. Sunt amplasate „+“ ţesut.
    B. Se detaşează cu greu.
    C. Sunt consistente.
    D. Sunt uşor detaşabile.
    E. La detaşarea forţată lasă mucoasa sângerândă.

15. Copiii născuţi din mame imune păstrează o imunitate pasivă (inclusiv şi antidifterică), timp de:
    A. 2 săptămâni
    B. 1 lună
    C. 2 luni
    D. 4–6 luni
    E. 1 an

16. O complicaţie nervoasă a difteriei este:
    A. Paralizia vălului palatin
    B. Encefalita

C. Sindromul Reye
D. Nevrita optică
E. Nevrita acustică

17. Antibioterapia în difterie se face cu următoarele antibiotice, cu excepţia:
A. Penicilină
B. Eritromicină
C. Cefotaxim
D. Cloramfenicol
E. Ampicilină

18. Aspectul leucogramei în difterie este:
A. Leucocitoză cu neutrofilie
B. Leucocitoză cu limfocitoză
C. Leucopenie cu limfocitoză
D. Leucopenie cu eozinofilie
E. Leucocitoză cu eozinofilie

19. Pronosticul difteriei depinde de:
A. Tipul de bacil difteric
B. Localizarea infecţiei
C. Vârsta pacientului
D. Precocitatea depistării bolnavului şi aplicării tratamentului
E. Forma clinică a bolii (tipică sau atipică)

20. Indicaţi forma clinică a difteriei la copiii vaccinaţi antidifteric este:
A. Forma localizată membranoasă
B. Forma localizată insulară

C. Forma răspândită
D. Forma toxică
E. Forma subtoxică

Complement multiplu

1. Cele mai frecvente localizări ale difteriei sunt:
A. Difteria laringiană
B. Difteria orofaringiană
C. Difteria nazală
D. Difteria genitală

E. Difteria cutanată

2. Organele cel mai mult afectate în difteria toxică sunt:
   A. Pulmonii
   B. Cordul
   C. Pancreasul
   D. Rinichii
   E. Nervii periferici şi cei cranieni

3. Membranele false răspândite pe amigdale şi mucoasele învecinate pot fi observate în:
   A. Difteria faringiană răspândită
   B. Difteria faringiană toxică
   C. Difteria faringiană localizată
   D. Difteria nazală
   E. Difteria faringiană toxică + difteria laringiană

4. Care complicaţii nu sunt specifice difteriei faringiene?
   A. Pneumonia
   B. Miocardita
   C. Otita, limfadenita
   D. Poliradiculoneuropatia
   E. Pielonefrita

5. Edemul cervical apare în:
   A. Difteria faringiană răspândită
   B. Difteria faringiană subtoxică
   C. Difteria faringiană localizată
   D. Difteria faringiană toxică
   E. Difteria faringiană hipertoxică

6. Difteria faringiană la copii evoluează mai frecvent în următoarele forme:
   A. Localizată membranoasă
   B. Localizată insulară
   C. Răspândită
   D. Toxică
   E. Asociată cu alte localizări

7. Indicaţi cauzele posibile ale deceselor în difterie la copii:
   A. Miocardita toxică
   B. Şocul toxiinfecţios

C. Stenoza laringiană
D. Nefroza toxică
E. Hepatita toxică

8. Bolnavul cu difterie faringiană toxică prezintă:
A. Apatie, adinamie, paliditate
B. Faţă congestionată
C. Respiraţie nazală îngreunată
D. Edem cervical
E. Ochi înfundaţi

9. Imunitatea specifică în difterie este:
A. Durabilă
B. De scurtă durată
C. Antitoxică
D. Antimicrobiană
E. Tipospecifică

10. În difteria laringiană se instalează stenoza laringiană. Care dintre următoarele semne indică prezenţa ei?
A. Febră, semne de intoxicaţie gravă
B. Insuficienţă respiratorie
C. Tuse lătrătoare
D. Voce răguşită
E. Tahicardie

11. Membranele false pe amigdale în difterie:
A. Se desprind uşor.
B. Sunt de culoare alb-surie.
C. La detaşarea lor forţată mucoasa sângerează.
D. Nu se distrug între două lame.
E. Plutesc în apă.

12. În difteria faringiană hipertoxică sunt prezente:
A. Febra
B. Convulsiile
C. Hipertensiunea arterială
D. Tulburările de conştiintă
E. Erupţiile cutanate

13. Care semne clinice caracterizează difteria faringiană localizată membranoasă?

A. Febra (39º-40ºC)
B. Dureri pronunţate în deglutiţie
C. Membranele false pe amigdale
D. Hiperemia faringiană moderată
E. Ganglionii limfatici submandibulari tumefiaţi

14. Diagnosticul pozitiv al difteriei se stabileşte în baza următoarelor examene paraclinice:
A. Bacterioscopic
B. Bacteriologic
C. Serologic
D. Imunoenzimatic
E. Virusologic

15. Antibioticele cele mai eficiente în tratamentul difteriei sunt:
A. Ampicilina
B. Eritromicina
C. Gentamicina
D. Penicilina
E. Cefalosporinele gen. III

16. În care forme clinice ale difteriei se va indica corticoterapia?
A. Difteria faringiană răspândită
B. Difteria laringiană
C. Difteria faringiană toxică
D. Difteria nazală
E. Difteria faringiană hipertoxică

17. Difteriei faringeane toxice nu îi este caracteristic:
A. Edemul faringian
B. Dureri mari în deglutiţie
C. Edemul cervical
D. Membrane false numai pe amigdale
E. Tumefierea ganglionilor limfatici cervicali posteriori şi occipitali

18. Complicaţiile toxice în difterie sunt următoarele, cu excepţia:
A. Paralizia valului palatin
B. Sinuzita maxilară
C. Miocardita
D. Pielonefrita
E. Pneumonia

19. Se consideră că în patogenia difteriei toxice intervin următorii factori:
    A. Tulpini foarte toxigene
    B. Lipsa de apărare locală
    C. Trecerea bacilului difteric în circulaţie
    D. Complicaţii septice la distanţă produse de bacilul difteric
    E. Asocieri bacteriene (cu streptococi, stafilococi patogeni, anaerobi)

20. Se vor spitaliza urgent copiii în caz de:
    A. Forme grave ale difteriei
    B. Difterie cu complicaţii
    C. Herpangină
    D. Forme clinice asociate (faringe, laringe, nas etc.) ale difteriei
    E. Angină eritematoasă

ANGINA

Complement simplu

1. Angina ulceronecrotică însoţită de hemoragii la copii reprezintă cel mai frecvent prima manifestare în:
   A. Difterie
   B. Candidoza bucală
   C. Mononucleoza infecţioasă
   D. Enteroviroză
   E. Leucemia acută

2. Indicaţi antibioticul de elecţie în anginele cu streptococ beta-hemolitic grup A la copii:
   A. Tetraciclina
   B. Penicilina G
   C. Amicacina
   D. Gentamicina
   E. Cloramfenicolul

3. Care afirmaţie referitoare la angina Simanovski-Vincent este incorectă?
   A. Este o angină ulceronecrotică.
   B. Prezintă un mare grad de contagiozitate.
   C. Este bilaterală de la început.
   D. Agenţii cauzali sunt bacili gram-negativi, fusiformi, asociaţi cu spirile gram-pozitive.
   E. Nerespectarea igienei joacă un rol important în apariţia bolii.

4. Cea mai frecventă complicaţie a anginelor la copii este:
   A. Abcesul periamigdalian
   B. Hemoragia
   C. Laringita stenozantă
   D. Abcesul retrofaringian
   E. Traheita

5. Cauza cea mai frecventă a anginei cu Candida albicans este:

A. Tratamentul cu nistatină
B. Tratamentul cu eubiotice
C. Vitaminoterapia
D. Tratamentul cu hemostatice
E. Tratamentul cu antibiotice

6. Angina ulceronecrotică Simanovski -Wincent este:
A. Angină secundară
B. Angină lacunară
C. Angină primară
D. O complicaţie a altor boli
E. Angină necrotică

7. Tratamentul specific al anginei difterice (difteria orofaringiană membranoasă localizată) include:
A. Corticosteroide
B. Ser antitoxic antidifteric
C. Cardiotonice
D. Intervenţie chirurgicală
E. Plasmă

8. În care angină se întâlneşte limfomonocitoza?
A. Difterică
B. În mononucleoza infecţioasă
C. Lacunară
D. Scarlatinoasă
E. Herpetică

9. Asocierea *angină lacunară, adenopatie laterocervicală şi occipitală, hepatosplenomegalie, limfocitoză* (70–80%) vă sugerează ideea de:
A. Infecţie herpetică
B. Angină foliculară
C. Mononucleoză infecţioasă
D. Gripă
E. Limfosarcom

10. Cea mai frecventă cauză a leziunilor orofaringiene recidivante este:
A. Stomatita gangrenoasă
B. Angina fungică
C. Stomatita în rujeolă

D. Stomatita în infecţia cu virusul Herpes simplex
E. Herpangina enterovirală

11. Pentru angina herpetică sunt specifice:
A. Depuneri alb-gălbui în lacune şi pe amigdale
B. Membrane fibrinoase ce acoperă amigdalele şi se detaşează greu, lăsând mucoasa sângerândă
C. Depuneri albicioase pe amigdale şi pe mucoasa bucală, ce se detaşează uşor
D. Folicule proeminente, roşii, eroziuni pe mucoasa hiperemiată a amigdalelor, uvulă, pilieri
E. Depuneri gălbui, murdare pe amigdale, uvulă, pilieri, ce se detaşează uşor şi lasă mucoasa sângerândă

12. Angina produsă de adenovirusuri nu are ca manifestare principală:
A. Hiperemie faringiană difuză
B. Disfagie şi odinofagie
C. Tuse iritativă
D. Febră
E. Zone extinse de ulceraţii ale vălului palatin

13. Care simptom confirmă diagnosticul de angină adenovirală şi nu se întâlneşte în angină în mononucleoza infecţioasă?
A. Adenopatia multiplă
B. Hepatosplenomegalia
C. Angina
D. Febra
E. Conjunctivita membranoasă

14. Tratamentul etiotrop al anginei în infecţia cu virusul Herpes simplex se va face cu:
A. Amantadină
B. Ribavirină
C. Acyclovir
D. Remantadină
E. Lamivudină

Complement multiplu

1. Diagnosticul anginei difterice la copii se bazează pe:
   - A. Aspectul bucofaringelui (prezenţa pseudomembranelor)
   - B. Starea toxică a copilului
   - C. Examenul bacteriologic
   - D. Limba zmeurie
   - E. Diareea acută

2. Angina în infecţia cu HIV:
   - A. Are o perioadă de incubaţie de 3–5 săptămâni.
   - B. Se asociază cu mialgii, artralgii şi, uneori, cu erupţii maculopapuloase nepruriginoase.
   - C. Se caracterizează prin hiperemie faringiană, ulceraţii ale mucoasei şi absenţa exsudatului.
   - D. Prezintă semnul Koplik.
   - E. Este produsul coinfecţiei cu enterovirusuri.

3. Angine ulceroase sunt:
   - A. Angina din infecţia cu HIV
   - B. Angina herpetică (cu virusul Herpes simplex)
   - C. Angina Simanovski-Vincent
   - D. Angina adenovirală
   - E. Angina difterică

4. În angina produsă de virusul Herpes simplex, leziunile sunt localizate predominant pe:
   - A. Palatul dur
   - B. Amigdale
   - C. Palatul moale
   - D. Pilieri
   - E. Planşeul cavităţii bucale

5. Herpangina în infecţia enterovirală se caracterizează prin:
   - A. Debut brusc, cu febră înaltă, odinofagie, vărsaturi, dureri abdominale, mialgii şi, uneori, diaree
   - B. Depozite pseudomembranoase pe amigdale
   - C. Erupţii veziculoase pe arcurile palatine, uvulă

D. Vezicule mici cu diametrul de 1–2 mm, care lasă ulceraţii mici
E. Edem faringian

6. Principiile de tratament în angina cu streptococ beta-hemolitic grup A la copii includ:
A. Administrarea hormonilor
B. Administrarea penicilinei G în doze de 50 000 u/kg/zi, divizate în 3 prize, timp de 10 zile
C. Încheierea tratamentului cu administrarea benzatinpenicilinei în doză de 1,2 milioane U la adulţi
D. Administrarea în unele cazuri a cefalosporinelor de generaţia I: cefalexină, efadroxil
E. Administrarea aminoglicozidelor

7. Angina difterică (difteria faringiană membranoasă localizată) se caracterizează prin:
A. Febră cu frisoane
B. Pseudo membrane cu extindere rapidă pe suprafaţa amigdalelor
C. Sângerare la detaşarea pseudomembranelor
D. Edem faringian
E. Leucocitoză cu neutrofilie

8. Importanţa anginelor în patologia umană se datorează:
A. Incidenţei mari la copii şi adolescenţi
B. Caracterului epidemic (anginele virale, streptococice, difterice)
C. Complicaţiilor severe frecvente
D. Imunităţii postinfecţioase durabile, pe viaţă
E. Profilaxiei specifice

9. Indicaţi complicaţiile tardive în anginele streptococice:
A. Flegmonul periamigdalian
B. Limfadenita cervicală
C. Reumatismul
D. Glomerulonefrita difuză acută
E. Eritemul polimorf sau nodos

10. Pentru angina bacteriană sunt caracteristice:
A. Debutul treptat
B. Prezenţa exsudatului purulent pe amigdale
C. Tumefierea amigdalelor

D. Adenita cervicală dureroasă
E. Leucopenia

11. Anginele bacteriene la copii se tratează cu:
A. Sulfamide
B. Cloramfenicol
C. Ampicilină
D. Eritromicină
E. Penicilină

12. Complicaţiile precoce de vecinătate în anginele bacteriene sunt:
A. Flegmonul periamigdalian
B. Flegmonul planşeului bucal
C. Limfadenita cervicală
D. Paroditita
E. Laringita stenozantă

13. În anginele bacteriene complicaţiile precoce la distanţă sunt:
A. Septicemiile
B. Glomerulonefrita în focar
C. Meningita cu lichid clar
D. Sinuzita
E. Mastroidita

14. Anginele virale nu se tratează cu:
A. Dezinfectante
B. Antimicotice
C. Vitamine
D. Antibiotice
E. Corticosteroizi

15. Angina Simanovski-Vincent trebuie diferenţiată în primul rând de:
A. Angina lacunară
B. Angina în leucemia acută
C. Angina difterică
D. Angina necrotică în scarlatina septică
E. Angina în infecţia cu HIV

16. Angine primare sunt:
A. Necrotică

B. Catarală
C. Lacunară
D. Flegmonoasă
E. Ulceromembranoasă Simanovski-Vincent

17. Anginele secundare se dezvoltă în:
A. Adenoviroze
B. Febra tifoidă
C. Mononucleoza infecţioasă
D. Pneumonie
E. Leucemia acută

18. Angina lacunară trebuie diferenţiată de:
A. Angina difterică
B. Angina Simanovski-Vincent
C. Angina în mononucleoasă infecţioasă
D. Faringita acută
E. Angina herpetică

19. Diagnosticul anginei difterice (forma toxică) la copii se bazează pe:
A. Aspectul bucofaringelui (edem, pseudomembrane)
B. Limba zmeurie
C. Peritonzilită
D. Edemul cervical
E. Examenul bacteriologic

20. Care dintre maladiile enumerate mai jos evoluează cu angină?
A. Meningita meningococică
B. Rubeola
C. Scarlatina
D. Difteria
E. Mononucleoza infecţioasă

21. Pentru angina scarlatinoasă sunt caracteristice:
A. Leucocitoza
B. Leucopenia
C. Monocitoza
D. Euzinofilia

E. Neutrofilia

22. Care dintre următoarele manifestări clinice sunt caracteristice anginei scarlatinoase?
A. Angina eritematoasă „în flăcari” delimitată sau eritemopultacee
B. Enantemul
C. Microabcesele sublinguale
D. Poliadenopatia
E. Limfadenita regională

23. Indicaţi complicaţiile posibile în mononucleoza infecţioasă:
A. Meningoencefalita
B. Trombocitopenia
C. Laringita
D. Ruperea splinei
E. Stomatita

24. Angine veziculoase sunt:
A. Angina herpetică
B. Angina difterică
C. Angina micotică
D. Herpes zoster faringian
E. Herpes simplex faringian

25. Alegeţi trei semne comune pentru angina adenovirală şi angina în mononucleoza infecţioasă:
A. Febra
B. Adenopatia
C. Hepatosplenomegalia
D. Rinita pronunţată
E. Conjunctivita

26. Care sunt cele mai importante maladii poststreptococice?
A. Reumatismul acut
B. Glomerulonefrita acută
C. Cardita reumatismală
D. Pancreatita
E. Ulcerul gastric

SCARLATINA

Complement simplu

1. În scarlatină este caracteristic:
   A. Faciesul „plâns”
   B. Faciesul Cushingoid
   C. Faciesul adenoidian
   D. Faciesul Filatov („pălmuit”)
   E. Faciesul „încruntat”, cu conjunctive injectate

2. Enantemul în scarlatină prezintă:
   A. Semnul Filatov-Koplik
   B. Angină eritematoasă sau eritemopultacee „în flăcări”, delimitată
   C. Microabcese sublinguale
   D. Hiperemia şi tumefacţia orificiului canalului Stenon
   E. Stomatită aftoasă

3. Semnul Pastia este reprezentat de:
   A. Zone eritematoase circumscrise, situate la extremităţi
   B. Pete lenticulare în flancuri
   C. Adenopatii axilare şi inghinale
   D. Linii hemoragice orizontale la nivelul zonelor de flexie
   E. Micropapule situate la nivelul extremităţilor

4. În scarlatină, erupţii caracteristice sunt:
   A. Macule
   B. Papule
   C. Rozeole punctiforme
   D. Vezicule
   E. Pustule

5. Nu se utilizează în tratamentul scarlatinei la copii:
   A. Penicilina G

B. Penicilina V
C. Benzatinpenicilina
D. Tetraciclina
E. Eritromicina

6. Precizaţi aspectul tipic al exantemului scarlatinos:
A. Maculopapulos catifelat la palpare confluient
B. Rozeole-papule aspre la palpare
C. Maculoveziculos
D. Erupţie buloasă pe fundal congestiv
E. Pruriaziform

7. Pentru scarlatină nu este caracteristic:
A. Faciesul edemaţiat, obrajii congestionaţi
B. Conjunctivita
C. Limba zmeurie
D. Paloarea circumorală
E. Angulus infecţiosus (zabăluţe)

8. Pentru debutul scarlatinei nu pledează:
A. Febra (39–40°C) şi frisoanele
B. Cefaleea
C. Dureri în gât
D. Vărsăturile
E. Tusea

9. Complicaţiile tardive ale scarlatinei apar:
A. În perioada de invazie
B. În a 6-a–a 7-a zi de la debutul bolii
C. Concomitent cu exantemul scarlatinos
D. După 2–3 săptămâni de la debutul bolii
E. La apariţia anticorpilor specifici

10. În scarlatină se înregistrează neapărat:
A. Tusea
B. Angina
C. Erupţii maculopapuloase
D. Scaune diareice
E. Limfoadenopatia

11. De regulă, în scarlatină apar:
    A. Erupţii maculopapuloase
    B. Hiperemie difuză faringiană
    C. Tumefierea ganglionilor limfatici laterocervicali
    D. Erupţii punctiforme
    E. Tuse

12. În scarlatină, durata tratamentului cu penicilina G trebuie să fie de:
    A. 4 zile
    B. 10 zile
    C. 21 zile
    D. 15 zile
    E. 28 zile

13. Izolarea cărui agent cauzal confirmă scarlatina?
    A. Str. agalactiae
    B. Str. viridans
    C. Str. pyogenes
    D. Str. salivarius
    E. Str. pneumoniae

14. Semnul Pastia se întâlneşte în:
    A. Rujeolă
    B. Rubeolă
    C. Varicelă
    D. Scarlatină
    E. Dermatita toxialergică

15. Limba zmeurie în scarlatină apare în ziua:
    A. 1–2
    B. 5–6
    C. 10–12
    D. 15–17
    E. 19–21

16. Istmul „în flăcări” cu hiperemie delimitată se întâlneşte în:
    A. Rujeolă
    B. Scarlatină
    C. Difterie
    D. Mononucleoza infecţioasă

E. Infecţia meningococică

17. Descuamaţia pielii în lambouri este caracteristică pentru:
   A. Rujeolă
   B. Scarlatină
   C. Rubeolă
   D. Varicelă
   E. Infecţia herpetică

18. Angina în scarlatină poate lipsi în forma:
   A. Septică
   B. Extrafaringiană
   C. Toxică
   D. Hemoragică
   E. Hipertoxică

19. Sindromul clinic de bază în scarlatină caracteristic pentru toate formele clinice:
   A. Abdominal
   B. Respirator
   C. Angina
   D. Hemoragic
   E. Septic

20. Pentru scarlatină la copiii sugari nu este caracteristic:
   A. Debut lent
   B. Intoxicaţie moderată
   C. Erupţie discretă
   D. Descuamaţie în lambouri
   E. Complicaţii septice

21. Cea mai frecventă complicaţie în scarlatină este:
   A. Pneumonia
   B. Otita
   C. Meningita
   D. Afecţiuni ale cordului
   E. Apendicita

22. Diagnosticul diferenţial al scarlatinei se va face obligatoriu cu:
   A. Mononucleoza infecţioasă
   B. Pseudotuberculoza
   C. Varicela

D. Infecţia adenovirală
E. Rujeola

Complement multiplu

1. Antibioticele de elecţie în tratamentul scarlatinei sunt:
   A. Tetraciclinele
   B. Penicilina G
   C. Penicilina V
   D. Eritromicina
   E. Gentamicina

2. În scarlatina extrafaringiană sunt prezente:
   A. Angina lacunară
   B. Limba „zmeurie”
   C. Febra
   D. Limfadenita regională
   E. Erupţii rozeoloase la poarta de intrare

3. Precizaţi semnele clinice caracteristice scarlatinei:
   A. Scaune diareice
   B. Adenopatia submandibulară
   C. Herpesul labial
   D. Limba saburală cu marginile şi vârful roşii
   E. Angina eritematoasă „în flăcări”

4. Exantemul scarlatinos prezintă următoarele caracteristici:
   A. Apare după 24–36 ore de la debutul bolii.
   B. Debutează pe gât şi torace şi se generalizează rapid în 24 ore.
   C. Este un eritem difuz, aspru, punctat cu mici papule roşii.
   D. Are aspect de erupţie ulceroveziculoasă.
   E. Confluează în pete mari.

5. Ciclul lingual în scarlatină include următoarele aspecte ale limbii:
   A. Limba saburală
   B. Limba fuliginoasă
   C. Limba „zmeurie”
   D. Limba „de pisică”
   E. Limba „geografică”

6. În forma toxică a scarlatinei se înregistrează:
   A. Angina necrotică
   B. Convulsii
   C. Erupţii maculopapuloase
   D. Şoc toxiinfecţios
   E. Miocardita

7. În forma septică a scarlatinei sunt prezente:
   A. Pneumonia
   B. Febra continuă sau intermitentă
   C. Convulsii
   D. Angina necrotică
   E. Limfadenita cervicală

8. Complicaţiile scarlatinei sunt:
   A. Otita
   B. Pneumonia
   C. Adenoflegmonul
   D. Encefalita
   E. Glomerulonefrita

9. Declanşarea glomerulonefritei la bolnavul de scarlatină atestă:
   A. Angina necrotică
   B. Oliguria
   C. Erupţiile hemoragice
   D. Edemul palpebral
   E. Hematuria

10. La copiii sub 1 an scarlatina se caracterizează prin:
   A. Simptome de intoxicaţie pronunţate
   B. Complicaţii purulente
   C. Erupţii abundente de un roşu-aprins
   D. Angină slab pronunţată
   E. Complicaţii alergice rareori

11. Descuamaţia în scarlatină:
   A. Apare în primele zile ale bolii
   B. Debutează pe gât şi subunghial, la pulpa degetelor
   C. Apare după 7–15 zile de la debutul bolii

D. Este masivă, cu detaşarea de lambouri pe palme şi tălpi în absenţa tratamentului etiotrop
E. Rămâne discretă în cazul tratamentului cu peniciline

12. Diagnosticul diferenţial al scarlatinei se face cu:
A. Boala Kavasaki
B. Varicela
C. Rubeola
D. Oreionul
E. Infecţia adenovirală

13. Manifestările clinice în glomerulonefrita difuză acută în scarlatină includ:
A. Edeme
B. Hematurie
C. Hipertensiune arterială
D. Icter sclero-tegumentar
E. Erupţie cutanată veziculoasă

14. Pentru profilaxia primară a reumatismului articular (poststreptococic) se utilizează:
A. Penicilina G – i/m, 10 zile
B. Bicilina-5 – i/m, doza unică 1 200 000 U la copil peste 27 kg şi 600 000 U la copil sub 27 kg
C. Penicilina V – oral, 10 zile
D. Gentamicina – oral, 10 zile
E. Tetraciclina – oral, 10 zile

15. În a 2-a–a 3-a săptămână a bolii pentru scarlatină sunt caracteristice:
A. Descuamarea tegumentelor
B. Angina lacunară
C. Simptomul Pastia
D. Dermografismul alb
E. Erupţiile miliare

16. Pentru scarlatină sunt caracteristice:
A. Faciesul edemaţiat
B. Conjunctivita
C. Obraji congestionaţi
D. Paloare circumorală
E. „Zăbăluţe”

17. Erupţiile în scarlatină se întâlnesc:
   A. Maculopapuloase confluente
   B. Miliare
   C. Ihemoragice
   D. Veziculopapuloase
   E. Rozeoloase punctiforme

18. În perioada acută a scarlatinei sunt tipice:
   A. Tegumentele umede
   B. Tegumentele uscate
   C. Erupţii pe fond hiperemiat al pielii
   D. Erupţii hemoragice în plicile cutanate
   E. Erupţii pe părţile extensorii ale membrelor superioare

19. Angina în scarlatină poate fi:
   A. Ulceronecrotică
   B. Eritematoasă
   C. Necrotică
   D. Fibrinoasă
   E. Lacunară

20. Sindroamele de bază în scarlatină sunt:
   A. Respirator
   B. Angina
   C. Convulsiv
   D. Eruptiv
   E. Toxic

21. Angina în scarlatină se caracterizează prin:
   A. Istm în flăcări delimitat
   B. Prezenţa pseudomembranelor
   C. Limfadenită regională dureroasă
   D. Ulceraţie unilaterală
   E. Febră

22. Debutul bolii în scarlatină este cu:
   A. Tuse, guturai
   B. Cefalee, vome (1–2 ori)
   C. Dureri la deglutiţie
   D. Conjunctivită, sclerită

E. Brusc, cu febră

23. Faciesul pacientului cu scarlatină se caracterizează prin:
    A. Paloare circumorală
    B. Conjunctivită, sclerită
    C. Congestie intensă a obrajilor
    D. Buze carminate, „zăbăluţe"
    E. Edem palpebral

24. Forma toxică a scarlatinei se manifestă prin:
    A. Semne catarale pronunţate
    B. Debut brusc, febră (39–40ºC)
    C. Diaree frecventă
    D. Erupţie cutanată intensă, frecvent hemoragică
    E. Vome repetate, simptome neuropsihice (agitaţie, delir, convulsii)

25. Forma septică a scarlatinei se caracterizează prin:
    A. Angină necrotică
    B. Tuse lătrătoare
    C. Metastaze septice (adenite, otite etc.)
    D. Diaree
    E. Febră continuă sau intermitentă

26. Forma tipică uşoară a scarlatinei se caracterizează prin:
    A. Debut acut, febră (38–38,5ºC)
    B. Tuse, obstrucţie nazală
    C. Angină eritematoasă
    D. Erupţii rozeoloase punctiforme
    E. Vome, diaree

27. Forma medie a scarlatinei evoluează cu:
    A. Convulsii
    B. Debut acut, febră (39–40ºC)
    C. Angină lacunară, foliculară
    D. Erupţii hemoragice
    E. Limfadenită regionară manifestă

28. Formele clinice ale scarlatinei, conform evoluţiei, pot fi:
    A. Fără complicaţii (benignă)
    B. Latentă
    C. Cu complicaţii septice

D. Fulgerătoare, malignă
E. Cu unde alergice

29. Diagnosticul retrospectiv al scarlatinei se bazează pe:
A. Subfebrilitate
B. Limbă „lăcuită”, de „papagal”
C. Descuamaţie în lambouri
D. Hepatomegalie
E. Semnul Pastia

30. Scarlatina la sugari se manifestă prin:
A. Subfebrilitate
B. Manifestări cardiovasculare absente
C. Febră
D. Erupţii rozeoloase discrete
E. Sindrom neurotoxic

31. În scarlatină, la analiza generală a sângelui se constată:
A. Celule Türk
B. Leucocitoză
C. Limfocitoză
D. Neutrofilie
E. Eozinofilie

RUJEOLA

Complement simplu

1. În rujeolă, la sugari nu este caracteristică:
    A. Erupţie cutanată discretă
    B. Erupţie macromaculopapuloasă abundentă
    C. Complicaţii frecvente
    D. Imunitate nestabilă
    E. Semnul Filatov-Koplik (rareori)

2. Complicaţia specifică neurologică a rujeolei este:
    A. Meningita seroasă
    B. Meningita purulentă
    C. Neuropatiile periferice
    D. Meningoencefalita seroasă
    E. Meningoencefalita purulentă

3. Panencefalita sclerozantă subacută (Dawson) poate fi întâlnită în:
    A. Scarlatină
    B. Rujeolă
    C. Rubeolă
    D. Varicelă
    E. Poliomielită

4. Curba febrilă în rujeolă are caracter:
    A. Ondulant
    B. Bifazic
    C. Intermitent
    D. În platou
    E. Pusee febrile

5. Semnul Filatov-Koplik este patognomonic în:

A. Rubeolă
B. Scarlatină
C. Varicelă
D. Rujeolă
E. Mononucleoza infecţioasă

6. Care dintre erupţiile enumerate mai jos pot fi în rujeolă?
A. Peteşii
B. Vezicule
C. Pustule
D. Macule-papule
E. Micromacule punctiforme

7. Exantemul în rujeolă se caracterizează prin:
A. Apare în ziua 1–2 de boală
B. Apare de jos în sus (de la picioare)
C. Apare de sus în jos pe parcursul a 24 ore
D. Apare de sus în jos pe parcursul a 3 zile
E. Nu lasă pigmentaţie

8. Rujeola mitigată va apărea la:
A. Copiii vaccinaţi împotriva rujeolei
B. Sugari
C. Adulţi
D. Copii, după administrarea imunoglobulinei antirujeolice
E. Bolnavii trataţi cu imunodepresive

9. Nu vor fi spitalizaţi bolnavii cu rujeolă în caz de:
A. Evoluţie severă
B. Complicaţii timpurii
C. Rujeolă mitigată
D. Vârsta 4–5 ani
E. Antecedente personale nefavorabile

10. Pigmentarea erupţiilor are loc în următoarea boală infecţioasă cu exantem:
A. Rubeola
B. Scarlatina
C. Varicela

D. Rujeola
E. Infecţia enterovirală

11. Pigmentarea erupţiilor cutanate şi descuamarea tărâţoasă (furfuracee) se vor observa în:
A. Scarlatină
B. Rubeolă
C. Varicelă
D. Enteroviroză cu exantem
E. Rujeolă

12. Replicarea virusului rujeolic, urmată de viremie primară, are loc în:
A. Sistemul nervos central
B. Tractul gastrointestinal
C. Mucoasa conjunctivală
D. Sistemul reticuloendotelial
E. Epiteliul mucoasei tractului respirator

13. Celule gigante multinucleate în mucoase şi dermă se formează în:
A. Rujeolă
B. Scarlatină
C. Dermatita alergică
D. Varicelă
E. Pseudotuberculoză

14. Pneumonie cu celule gigante poate fi în:
A. Scarlatină
B. Rubeolă
C. Oreion
D. Rujeolă
E. Gripă

15. Care semn clinic nu este caracteristic pentru rujeolă?
A. Conjunctivită
B. Gingiostomatită
C. Febră
D. Angina membranoasă
E. Erupţii maculopapuloase

16. În rujeolă, erupţiile cutanate pot fi următoarele, cu excepţia:

A. Maculopapuloase
B. Hemoragice
C. Rozeoloase punctiforme
D. Confluente
E. Pigmentaţie ulterioară

17. Unul din următoarele semne nu este caracteristic pentru rujeolă:
A. Edem palpebral
B. Tuse
C. Gingivită, stomatită
D. Erupţii maculopapuloase
E. Hepatosplenomegalie

18. Nu se depistează în rujeolă:
A. Leucopenie
B. Neutropenie
C. Limfocitoză
D. Limfomonocite atipice
E. VSH norma

19. În rujeolă, perioada prodromală este caracterizată prin următoarele semne, în afară de:
A. Erupţie maculopapuloasă, abundentă pe faţă, gât
B. Conjunctivită
C. Semnul Filatov-Koplik
D. Gingivită
E. Tuse

20. Aspectul bolnavului cu „faţă plânsă” se întâlneşte în:
A. Scarlatină
B. Rubeolă
C. Rujeolă
D. Varicelă
E. Tuse convulsivă

21. Semnul Filatov-Koplik în rujeolă apare în:
A. Perioada de incubaţie
B. 1-a 2-a zi a bolii
C. A 4-a–a 5-a zi a bolii
D. Perioada de pigmentare

E. Perioada de convalescenţă

Complement multiplu

1. Exantemul rujeolic este caracterizat prin:
   A. Apariţia la 1-a 2-a zi a bolii
   B. Macule-papule abundente
   C. Apariţie în etape, pe parcursul a 3 zile
   D. Pigmentare
   E. Abundenţă pe părţile flexorii ale corpului, în pliuri

2. Copiii cu rujeolă vor fi spitalizaţi în caz de:
   A. Evoluţie severă a bolii
   B. Complicaţii timpurii
   C. Rujeolă mitigată
   D. Evoluţie favorabilă
   E. Antecedente nefavorabile

3. Rujeola la sugari are următoarele caracteristici:
   A. Semne catarale nepronunţate
   B. Semnul Filatov-Koplik frecvent
   C. Erupţii maculopapuloase neabundente
   D. Complicaţii (rareori)
   E. Imunitate nestabilă

4. Semnele comune în rujeolă şi adenoviroze sunt:
   A. Stomatita, gingivita
   B. Febra
   C. Catarul căilor respiratorii
   D. Conjunctivita
   E. Erupţiile maculopapuloase abundente

5. Exantemul în rujeolă prezintă următoarele caracteristici:
   A. Este maculoveziculos
   B. Abundent

C. Confluent
D. Fără pigmentaţie în convalescenţă
E. Descuamativ

6. Complicaţiile precoce ale rujeolei sunt:
A. Stomatita
B. Pneumonia
C. Laringotraheita stenozantă (crup „fals”)
D. Nefroza toxică
E. Pancreatita acută

7. Forma severă a rujeolei se caracterizează prin:
A. Erupţii maculopapuloase abundente
B. Dispnee accentuată
C. Hipertermie
D. Erupţii hemoragice
E. Semne catarale pronunţate

8. Indicaţi semnele comune în rujeolă şi erupţiile alergice:
A. Febra
B. Erupţii maculopapuloase frecvente
C. Semne respiratorii
D. Stomatita, gingivita
E. Poliadenopatia

9. Semnul Filatov-Koplik în rujeolă se distinge prin:
A. Apare în 1-a 2-a zi de boală şi persistă 2–3 zile
B. Apare în ziua a 4-a–a 5-a de boală şi persistă 4–5 zile
C. Este de culoare albă pe mucoasa obrajilor
D. Este de culoare roşie pe palatul moale
E. Petele nu sunt confluente

10. Rujeola mitigată este caracterizată prin:
A. Semne de intoxicaţie majoră
B. Erupţii maculopapuloase neabundente
C. Semne catarale nepronunţate
D. Complicaţii frecvente
E. Letalitate absentă

11. Rujeola la sugari evoluează cu:

A. Perioada catarală pronunţată
B. Erupţii abundente, confluente, maculopapuloase
C. Erupţie discretă şi de scurtă durată
D. Semnul Filatov-Koplik absent
E. Complicaţii frecvente

12. Indicaţi perioadele clinice ale rujeolei:
A. Prodromală (preeruptivă)
B. Eruptivă
C. De incubaţie
D. Spasmodică
E. Convalescenţă (pigmentare, descuamare)

13. Rujeola mitigată se caracterizează prin:
A. Semne de intoxicaţie majoră
B. Erupţii maculopapuloase discrete
C. Semne catarale pronunţate
D. Complicaţii absente
E. Letalitate absentă

14. Indicaţi complicaţiile rujeolei:
A. Laringotraheita
B. Pneumonia
C. Glomerulonefrita
D. Erizipelul
E. Meningoencefalita

15. Enantemul apare în:
A. Difterie
B. Scarlatină
C. Rujeolă
D. Tusea convulsivă
E. Rubeolă

16. Numiţi 3 semne comune în rujeolă şi gripă:
A. Febra
B. Enantemul
C. Rinita
D. Dureri abdominale
E. Tusea

17. Conjunctivita în rujeolă se caracterizează prin:
   A. Apare în a 3-a–a 4-a zi de boală
   B. Conjunctive hiperemiate
   C. Edem palpebral
   D. Fotofobie, lacrimare
   E. Membrane fibrinoase pe conjunctive

18. Indicaţiile antibioticelor în rujeolă:
   A. Intoxicaţie pronunţată
   B. Evoluţie favorabilă
   C. Pneumonie
   D. Encefalită
   E. Vârsta mică (până la 2 ani)

19. Catarul respirator în rujeola tipică se manifestă prin:
   A. Laringită (laringotraheită), uneori stenozantă
   B. Rinită cu secreţii nazale abundente seroase
   C. Tuse uscată, uneori chinuitoare, lătrătoare
   D. Slab pronunţat
   E. Depuneri pe amigdale

20. Perioada de stare (eruptivă) în rujeolă se manifestă prin:
   A. Febră
   B. Progresarea semnelor catarale
   C. Erupţii cutanate maculopapuloase
   D. Hepatosplenomegalie
   E. Limfoadenopatie generalizată

21. În care boli infecţioase meningoencefalita este o complicaţie reală?
   A. Rujeolă
   B. Rubeolă
   C. Scarlatină
   D. Difterie
   E. Varicelă

22. Perioada prodromală (de invazie) în rujeolă se caracterizează prin:
   A. Febră moderată
   B. Erupţii maculopapuloase pe faţă, gât

C. Tuse uscată
D. Rinită
E. Hepatomegalie

23. Encefalita, o complicaţie gravă specifică în rujeolă, poate să apară:
A. În perioada preeruptivă
B. După 2–5 zile de la apariţia erupţiei
C. În perioada de incubaţie
D. În perioada de pigmentare
E. În a 3-a–a 4-a săptămână de convalescenţă

24. Panencefalita sclerozantă subacută (PESS), fiind o complicaţie rară a rujeolei, se va manifesta prin:
A. Apariţie peste 6 luni –18 ani după boală
B. Apariţie peste 1 lună de la debutul rujeolei
C. Evoluţie favorabilă
D. Evoluţie progresivă şi ireversibilă
E. Letalitate înaltă

25. Diagnosticul etiologic al rujeolei poate fi confirmat prin:
A. Izolarea virusului rujeolic din sânge
B. Identificarea antigenului rujeolic în ţesuturi
C. Leucopenie marcată
D. Limfocitoză relativă
E. Detectarea de anticorpi specifici în reacţiile serologice

26. Rujeola va evolua în formă uşoară la pacienţii:
A. În vârstă de 15–20 ani
B. Care au primit imunoglobulină în primele zile ale perioadei de incubaţie
C. Sugari
D. Cărora li s-au făcut transfuzii de sânge, plasmă în perioada de incubaţie
E. Imunocompromişi

27. Semnul Filatov-Koplik în rujeolă apare pe:
A. Pielea obrajilor
B. Mucoasa bucală
C. Mucoasa buzei inferioare
D. Caruncula lacrimală
E. Conjunctive

28. Perioada de convalescenţă în rujeolă va fi însoţită de:

A. Pigmentarea pielii
B. Hepatomegalie
C. Descuamarea tărâţoasă
D. Dismicrobism intestinal
E. Imunitate compromisă

29. Descuamarea furfuracee va avea loc după:
A. Rubeolă
B. Varicelă
C. Rujeolă
D. Scarlatină
E. Erupţie alergică

30. Bronhopneumonia este o complicaţie reală în:
A. Rujeolă
B. Rubeolă
C. Scarlatină
D. Pertusis
E. Gripă

31. Poarta de intrare a virusului rujeolic este:
A. Mucoasa nazală
B. Mucoasa faringiană
C. Mucoasa gastrointestinală
D. Conjunctivele
E. Pielea lezată

32. Erupţii hemoragice pot apărea în:
A. Rujeolă
B. Rubeolă
C. Scarlatină
D. Febra tifoidă
E. Infecţia meningococică

33. În rujeolă erupţia poate fi:
A. Miliară
B. Rozeoloasă
C. Buloasă
D. Hemoragică „stelată” cu necroze în centru

E. Maculopapuloasă discretă

34. Complicaţiile determinate de virusul rujeolic vor fi:
   A. Otita purulentă
   B. Meningita purulentă
   C. Crupul precoce
   D. Pneumonia interstiţială
   E. Encefalita

35. Complicaţii specifice respiratorii în rujeolă pot fi:
   A. Pneumonia interstiţială
   B. Pneumonia cu celule gigante
   C. Emfizemul pulmonar
   D. Atelectazia pulmonară
   E. Bronşita capilară (enantemul bronhiolar)

RUBEOLA

Complement simplu

1. Numiţi semnul dominant şi persistent în rubeolă:
   A. Febra
   B. Enantemul
   C. Poliadenopatia
   D. Exantemul
   E. Catarul respirator

2. Leucopenie, limfocitoză, plasmocitoză şi celule Türck se înregistrează în:
   A. Rujeolă
   B. Rubeolă
   C. Scarlatină
   D. Varicelă
   E. Mononucleoza infecţioasă

3. Sindromul patognomonic al rubeolei este:
   A. Cataral
   B. Poliadenopatia
   C. Hepatosplenomegalia

D. Neurotoxicoza
E. Hemoragic

4. Erupţia în rubeolă este caracterizată prin:
A. Macule mici, de culoare roz, nu prea intense, nu confluează
B. Punctiforme, cu descuamare
C. Vezicule
D. Pustule
E. Peteşii şi elemente de necroză

5. Rubeola este provocată de:
A. Bacterii
B. Enterovirusuri
C. Virus familia Togoviridae, ARN
D. Micoplasmă
E. Candida

6. Exantemul în rubeolă este:
A. Aspru, confluent
B. Maculos, discret pe părţile extensorii ale membrelor, pe fese
C. Micromaculos, predomină în plicile cutanate
D. Maculopapulos, veziculos
E. Descuamativ

7. Erupţia în rubeolă apare:
A. Timp de 3 zile, cu pigmentare ulterioară
B. Într-o zi, dispare fără urme în 2–3 zile
C. În câteva ore, cu caracter hemoragic
D. În puseuri, vezicule
E. Într-o zi, dispare în 4–5 zile cu descuamare

8. Perioada prodromală în rubeola dobândită va fi mai pronunţată, cu stare generală modificată la:
A. Nou-născuţi
B. Sugari
C. Elevi
D. Adolescenţi şi adulţi
E. Copiii de 1–3 ani

9. Indicaţi maladia infecţioasă, în care adenopatia generalizată constituie „primul şi ultimul semn al bolii”:

A. Rujeola
B. Scarlatina
C. Tusea convulsivă
D. Rubeola
E. Varicela

10. Panencefalita progresivă rareori poate fi o complicaţie a:
A. Scarlatinei
B. Varicelei
C. Oreionului
D. Meningitei seroase enterovirale
E. Rubeolei

11. Evoluţia rubeolei este mai severă la:
A. Sugari
B. Preşcolari
C. Şcolari
D. Copiii de genul masculin
E. Adulţi

12. Surditatea este unica manifestare care poate avea loc în urma infecţiei intrauterine de tipul:
A. Scarlatină
B. Varicelă
C. Rubeolă
D. Oreion
E. Enteroviroză

13. Virusul rubeolic, în caz de viremie maternă, poate fi izolat de la făt din:
A. Sânge
B. LCR
C. Urină
D. Orice ţesut sau organ
E. Creier

14. Calendarul constituirii malformaţiilor congenitale rubeolice este în strânsă legătură cu:
A. Perioada sarcinii
B. Evoluţia rubeolei la gravidă
C. Starea generală a gravidei

D. Virulenţa virusului
E. Tratamentul

15. Malformaţiile auditive ale rubeolei congenitale apar atunci când rubeola survine:
A. În I lună de sarcină
B. În lunile a 2-a şi a 3-a de sarcină
C. Cu o lună înaintea sarcinii
D. La 16–20 săptămâni de graviditate
E. Cu o lună înaintea naşterii

16. Virusul rubeolic este:
A. Neurotrop
B. Dermotrop
C. Epiteliotrop
D. Pneumotrop
E. Limfotrop

17. Cel mai frecvent şi constant semn al rubeolei este:
A. Febra
B. Adenopatia
C. Conjunctivita
D. Exantemul
E. Catarul respirator

18. Rubeola nu va fi însoţită de:
A. Angină cu depuneri membranoase
B. Febră moderată
C. Faringită uşoară
D. Exantem
E. Poliadenopatie

19. Erupţia rubeolică nu va fi:
A. Micromaculoasă de culoare roz
B. Preponderent pe părţile extensorii
C. Veziculară
D. Fără pigmentare ulterioară

E. Fără descuamaţie

20. În rubeolă se evidenţiază:
    A. Celule Langhance
    B. Celule Türck
    C. Celule „ochi de bufniţa”
    D. Limfocite atipice
    E. Eritroblaste

21. Identificaţi afirmaţia incorectă privind adenopatia în rubeolă.
    A. Sunt afectaţi în special ganglionii limfatici occipitali.
    B. Ganglionii limfatici afectaţi sunt elastici şi uşor sensibili.
    C. Supuraţia ganglionilor limfatici se întâlneşte frecvent.
    D. Adenopatia apare cu 4–10 zile înaintea erupţiei.
    E. Tumefacţiile ganglionare pot persista 2–6 săptămâni după apariţia erupţiei.

22. În rubeolă, enantemul se prezintă prin:
    A. Micropapule albe pe fond hiperemiat pe palatul moale
    B. Peteşii pe palatul moale
    C. Microvezicule gingivale
    D. Microulceraţii labiale
    E. Microabcese sublinguale

23. În rubeolă pot apărea următoarele complicaţii, cu excepţia:
    A. Hepatita fulminantă
    B. Artrita purulentă
    C. Purpura trombocitopenică
    D. Encefalita
    E. Panencefalita rubeolică progresivă

24. În cazul rubeolei apărute la gravidă în primele trei luni de sarcină este indicat:
    A. Vaccinarea antirubeolică
    B. Avortul terapeutic
    C. Antibioterapia
    D. Corticoterapia
    E. Antivirale

25. Malformaţiile oculare la nou-născut apar în cazul în care rubeola a survenit la gravidă în luna:

A. 1
B. A 4-a
C. A 5-a
D. A 6-a
E. A 7-a

26. Tabloul sangvin în rubeolă se caracterizează prin:
    A. Leucocitoză
    B. Leucopenie, plasmocitoză, celule Türck
    C. Leucopenie
    D. Leucopenie cu limfocitoză
    E. Leucocitoză cu limfocitoză

Complement multiplu

1. Artrita rubeolică are următoarele caracteristici:
    A. Apare în a 2-a sau a 3-a zi a bolii.
    B. Cuprinde articulaţiile mici.
    C. Este însoţită de tumefacţie, edem, eritem.
    D. Are caracter supurativ.
    E. Se întâlneşte mai frecvent la persoane de genul feminin.

2. Infecţia rubeolică intrauterină poate avea următoarele consecinţe:
    A. Avort spontan
    B. Naşterea unui făt mort
    C. Naşterea unui copil sănătos
    D. Naşterea unui copil cu erupţii veziculare, cicatrice cutanate
    E. Naşterea unui copil cu fibroelastoză a miocardului

3. Afecţiunile neurologice în rubeola congenitală sunt:
    A. Microcefalia
    B. Meningita seroasă
    C. Meningita purulentă
    D. Encefalita
    E. Mielita

4. Rubeola la adolescenţi şi adulţi se deosebeşte prin:

A. Evoluţie uşoară
B. Evoluţie mai severă decât la copii
C. Erupţie maculoasă abundentă sau /şi hemoragică
D. Perioada prodromală prelungită
E. Afebrilitate

5. Hepatita congenitală cu celule gigante se poate determina în:
A. Rubeolă
B. Varicelă
C. Infecţia herpetică
D. Gripă
E. Micoplasmoză

6. În care maladii infecţioase la copii sunt posibile encefalite secundare, infecţioase-alergice?
A. Rujeolă
B. Infecţia meningococică
C. Infecţia enterovirală
D. Rubeolă
E. Varicelă

7. Exantemul apare într-un singur val eruptiv în următoarele maladii:
A. Scarlatină
B. Infecţia meningococică
C. Rubeolă
D. Infecţia herpetică
E. Dermatita toxicoalergică

8. Artrita în rubeolă se caracterizează prin:
A. Afectarea articulaţiilor mari, în special a celor coxo-femurale
B. Afectarea articulaţiilor mici
C. Dureri, tumefacţii articulare şi periarticulare
D. Apariţia concomitent cu erupţia sau imediat după ea
E. Frecvenţa mai mare la persoanele de genul masculin

9. Diagnosticul diferenţial al rubeolei se face cu:
A. Mononucleoza infecţioasă
B. Varicela
C. Infecţia cu enterovirusuri

D. Rujeola
E. Infecţia cu virusul urlian

10. Rubeola asociată cu sarcina:
A. Poate fi urmată de avort spontan.
B. Poate determina naşterea prematură.
C. Determină aparaţia diabetului insipid la nou-născut.
D. Determină malformaţii congenitale cardiace.
E. Determină fibroelastoza miocardului.

11. În rubeolă pot apărea următoarele complicaţii oculare, cu excepţia:
A. Conjunctivita purulentă
B. Ulcerul cornean
C. Glaucomul
D. Cataracta
E. Panoftalmia

12. Identificaţi afirmaţiile corecte privind adenopatia rubeolică:
A. Sunt afectaţi în special ganglionii limfatici laterocervicali si occipitali.
B. Ganglionii sunt elastici, uşor sensibili.
C. Supuraţia apare frecvent.
D. Tumefacţiile ganglionare pot persista 2–6 săptămâni după aparaţia erupţiei.
E. Ganglionii limfatici sunt duri, aderenţi, cu eritem cutanat, dureroşi.

13. În rubeolă (la copii), erupţia nu reprezintă:
A. Urticarii
B. Micromacule rotunde
C. Pustule
D. Microvezicule
E. Miliarii

14. În rubeolă nu se vor înregistra:
A. Semnul Pastia
B. Adenopatii
C. Diaree
D. Exantem
E. Semnul Filatov-Koplik

15. Panencefalita rubeolică progresivă nu va fi asociată cu:

A. Titruri înalte de anticorpi antirubeolici în ser şi în LCR
B. Titruri scăzute de anticorpi antirubeolici în ser şi LCR
C. Proteinorahie înaltă
D. Titruri înalte de anticorpi antimitocondriali în ser şi LCR
E. Titruri înalte de anticorpi antinucleari în ser şi LCR

16. Indicaţi sindroamele întâlnite în rubeolă:
A. Catar respirator
B. Exantem
C. Hemoragic
D. Poliadenopatie
E. Insuficienţa respiratorie

17. Din malformaţiile congenitale enumerate, numiţi-le pe cele mai frecvente în rubeola congenitală:
A. Cataracta
B. Anomalii renale
C. Atrezie esofagiană
D. Viciu cardiac
E. Surditate

18. Numiţi 3 boli infecţioase cu poliadenopatie generalizată frecventă:
A. Scarlatina
B. Mononucleoza infecţioasă
C. Rubeola
D. Adenoviroza
E. Varicela

19. De care maladii trebuie să diferenţiem rubeola la copii?
A. Rujeola mitigată
B. Meningococemia
C. Mononucleoza infecţioasă
D. Scarlatina
E. Pertusis

20. Exantemul în rubeolă nu este:
A. Aspru, confluent
B. Maculos, discret, pe părţile extensorii ale membrelor, pe fese

C. Fără pigmentaţie ulterioară
D. Maculopapulos, confluent
E. Descuamativ

21. Alegeţi semnele comune pentru rujeolă şi rubeolă:
A. Faringită eritematoasă
B. Enantem
C. Exantem
D. Hepatosplenomegalie
E. Poliadenopatie

22. Indicaţi complicaţiile reale în rubeolă:
A. Stomatita aftoasă
B. Artrita
C. Trombocitopenia
D. Meningita purulentă
E. Encefalita

23. În rubeolă are loc tumefierea ganglionilor limfatici, în special a celor:
A. Occipitali
B. Auriculari
C. Laterocervicali
D. Submandibulari
E. Cubitali

24. Evoluţia rubeolei la copii, de cele mai multe ori, are o formă:
A. Uşoară
B. Medie
C. Gravă
D. Letalitate excepţională
E. Cu complicaţii frecvente

25. Perioada prodromală în rubeolă va avea următoarele caracteristici:
A. Durata 3–4 zile
B. Febră (39–40°C), tip bifazic
C. Fenomene catarale discrete
D. Tumefierea ganglionilor limfatici
E. Febră (37,5–38,5ºC)

26. Caracterizaţi ganglionii limfatici în rubeolă:

A. Sunt tumefiaţi
B. Dureroşi la palpare
C. Neaderenţi
D. Nu supurează
E. Cu hiperemie tegumentară

27. Diagnosticul pozitiv al rubeolei se bazează pe:
A. Simptomele clinice
B. Examenul bacteriologic
C. Datele epidemiologice
D. Examenul serologic
E. Bilirubinemie

28. Indicaţi metodele de laborator specifice în rubeolă:
A. Bacteriologică
B. Serologică
C. Virusologică
D. Bacterioscopică
E. Imunofluorescentă

INFECŢIA HERPETICĂ

Complement simplu

1. Stomatita (gingivostomatita) herpetică la copiii mici se caracterizează prin:
A. Angină cu depuneri purulente
B. Hiperemie, vezicule şi eroziuni ale mucoasei bucale, însoţite de dureri şi salivaţie abundentă
C. Erupţii pustuloase pe mucoasa bucală, febră
D. Semne pronunţate de catar respirator
E. Formaţiuni izolate mici (cât bobul de griş), de culoare alb-gălbuie cu aureolă roşie pe mucoasa obrajilor

2. Infecţia herpetică cu HSV-1 rareori se manifestă prin:
A. Gingivostomatită herpetică
B. Angină herpetică
C. Keratoconjunctivită herpetică

D. Herpes labial
E. Vulvovaginită herpetică

3. Durerile în zonele în care vor apărea elemente eruptive sunt caracteristice pentru:
A. Meningococemie
B. Rubeolă
C. Iersinioză
D. Rujeolă
E. Herpes zoster

4. Pot apărea vezicule pe mucoasa bucală în:
A. Rujeolă
B. Gingivostomatita herpetică
C. Oreion
D. Rubeolă
E. Scarlatină

5. Diagnosticul diferenţial al erupţiei în herpesul zoster se va face cu:
A. Exantemul din rujeolă
B. Exantemul din scarlatină
C. Herpesul simplu
D. Stafilodermia
E. Erizipelul

6. Găsiţi afirmaţia greşită referitor la afecţiunile neurologice în infecţia herpetică:
A. Diverse
B. Meningita seroasă
C. Cea mai severă formă clinică este encefalita herpetică.
D. În caz de encefalită herpetică, se determină febră, convulsii, tulburări de conştienţă, pareze.
E. În lichidul cefalorahidian se determină pleiocitoză cu predominarea neutrofilelor, hipoglicorahie.

7. Găsiţi afirmaţia greşită referitor la infecţia herpetică.

A. Este una dintre cele mai răspândite infecţii.
B. Poate afecta animalele domestice.
C. Este provocată de virusurile herpes simplex tipurile 1 şi 2.
D. Face parte din maladiile indicatori de HIV/SIDA.
E. Afectează preponderent ţesutul epitelial.

8. Găsiţi varianta greşită. Virusul herpetic afectează:

A. Mucoasa organelor genitale
B. Segmentul distal al colonului
C. Mucoasa bucală
D. Pielea
E. Sistemul nervos central

9. Găsiţi varianta greşită referitor la infecţia herpetică. Forme clinice tipice ale infecţiei herpetice sunt:

A. Herpes labial sau perioronazal
B. Oftalmoherpes
C. Encefalita
D. Colita distală ulceroasă
E. Gingivostomatita

10. Găsiţi afirmaţia incorectă referitor la infecţia herpetică.

A. Transmiterea infecţiei herpetice are loc pe cale aeriană, prin contact direct, genital, prin autoinoculare, transplacentar şi transfuzional.
B. Infecţia cu HSV tip I se produce, de obicei, în copilărie şi evoluează preponderent (în 90% cazuri) asimptomatic sau subclinic (9%).
C. În herpesul neonatal transmiterea poate fi realizată prin pasaj transplacentar, la trecerea prin filiera genitală sau de la persoanele înconjurătoare (inclusiv personalul medical) care suferă de herpes.
D. Afecţiunile cu virusul herpetic tip 2 apar în adolescenţă, incidenţa lor crescând concomitent cu activitatea sexuală.
E. Infecţia herpetică afectează doar persoanele de vârstă înaintată.

11. Găsiţi afirmaţia greşită referitor la infecţia herpetică. Tratamentul etiologic în infecţia herpetică permite:

A. Diminuarea manifestărilor clinice în primoinfecţia herpetică
B. Micşorarea riscului apariţiei recăderii după primul episod de herpes
C. Micşorarea contagiozităţii pacientului
D. Reducerea frecvenţei complicaţiilor

E. Eliminarea completă a virusului herpetic din organism

12. Pentru tratamentul gingivostomatitei herpetice la copii nu se va utiliza:
    A. Aciclovir, Virolex local în unguent
    B. Soluţii antiseptice
    C. Antibiotice
    D. Uleiuri (de cătină albă, măceş, cartolină), local, în perioada de convalescenţă
    E. Aciclovir per os

13. Infecţia herpetică cutanată nu se caracterizează prin:
    A. Erupţii herpetice veziculare pe buze, mucoasa bucală, nazală, piele etc.
    B. Durere locală moderată
    C. Hepatosplenomegalie
    D. Celule gigante polinucleare şi incluziuni intranucleare în examenul microscopic al probelor recoltate din leziuni
    E. Febră

14. Pentru diagnosticul de meningoencefalită herpetică nu este necesar:
    A. Prezenţa simptomelor neurologice tipice de encefalită (meningoencefalită) acută primară
    B. Pleiocitoza limfocitară moderată (20–500x10^6 /l) însoţită de proteinorahie până la 1,5–2,0 g/l
    C. Decelarea virusului herpetic, antigenelor lui sau ADN-ului viral în LCR şi sânge
    D. Contactul cu o persoană cu manifestări clinice de herpes cutanat
    E. Evidenţierea şi evaluarea anticorpilor antiherpetici IgM şi IgG tipurile 1, 2 în serul sangvin

15. Găsiţi afirmaţia falsă referitor la encefalita herpetică la copii.
    A. Encefalita herpetică se caracterizează prin severitate şi decese frecvente.
    B. Pronosticul în encefalita herpetica este întotdeauna sever.
    C. Letalitatea scade în urma tratamentului precoce cu aciclovir.
    D. 50% din supravieţuitorii după encefalita herpetică vor rămâne cu sechele neurologice grave.
    E. Encefalita herpetică poate afecta doar nou-născuţii.

16. Cel mai eficace tratament în infecţia herpetică va fi cel cu:
    A. Viferon
    B. Aciclovir

C. Ganciclovir
D. Remantadină
E. Ribavirină

Complement multiplu

1.Elementele de bază în patogenia infecţiei herpetice sunt:
A. Latenţă virală
B. Reactivări virale
C. Imunosupresie celulară
D. Formarea leucocitelor tinere de iritaţie (celule Türck)
E. Edem interstiţial al ţesutului glandular (glande salivare, pancreas, testicul)

2. Conform terenului afectat, infecţia herpetică (IH) poate avea manifestări:
A. Mucocutanate
B. Urogenitale
C. Articulare
D. Intestinale
E. Neurologice

3. Clinic, infecţia herpetică (IH) poate evolua ca:
A. Primoinfecţie herpetică
B. Recurenţă (reactivare) herpetică
C. IH latentă
D. IH cu evoluţie ciclică, fără complicaţii
E. IH cu complicaţii şi unde alergice

4. Diagnosticul etiologic al infecţiei herpetice include:
A. Examene virusologice
B. Analiza imunoenzimatică
C. Depistarea genomului viral prin reacţia de polimerizare în lanţ
D. Examene bacteriologice
E. Teste biochimice

5. În meningoencefalita herpetică LCR este:
A. Tulbure
B. Xantocrom
C. Clar
D. Uşor opalescent

E. Hipertensiv

6. În caz de encefalită herpetică, diagnosticul etiologic va fi stabilit luându-se în consideraţie:
   A. Rezonanţa magnetică nucleară cerebrală
   B. Examenul virusologic al lichidului cefalorahidian
   C. Depistarea ADN virusului herpetic prin reacţia de polimerizare în lanţ în lichidul cefalorahidian
   D. Examenul bacteriologic al lichidului cefalorahidian
   E. Testele imunologice

7. Stomatita (gingivostomatita) herpetică la copii se caracterizează prin:
   A. Dureri în cavitatea bucală, însoţite de salivaţie abundentă
   B. Erupţii veziculare erozive, eritem şi edem al mucoasei bucale şi orofaringiene
   C. Depuneri purulente pe amigdale
   D. Adenită cervicală dureroasă
   E. Ulceraţii profunde

8. În tratamentul meningoencefalitei herpetice se vor utiliza:
   A. Antiinflamatoare nesteroidiene
   B. Antibiotice (intrarahidian)
   C. Tratament de dezintoxicare şi deshidratare
   D. Acyclovir
   E. Virolex

9. Tabloul clinic al herpesului simplu cutanat se caracterizează prin:
   A. Semne catarale pronunţate
   B. Prurit, durere, „arsură" în regiunea pielii afectate
   C. Erupţii pustuloase diseminate
   D. Erupţii veziculoase în grupuri
   E. Eroziuni superficiale după spargerea veziculelor

10. Indicaţi modificările LCR în meningoencefalita herpetică:
   A. Clar
   B. Uşor opalescent
   C. Pleiocitoză limfocitară moderată
   D. Glicorahie redusă
   E. Glicorahie semnificativ sporită

11. Cele mai frecvente căi de transmitere a infecţiei herpetice pentru nou-născut (herpes neonatal) sunt:

A. Transplacentară
B. Transmiterea prin intermediul obiectelor contaminate (batiste, lenjerie, instrumentar ginecologic)
C. Transmiterea prin contactul direct cutaneomucos cu o leziune herpetică ulcerată (pasajul fătului prin filiera genitală a mamei)
D. Transfuzii de sânge, plasmă
E. Transmitere prin salivă

12. În tratamentul gingivostomatitei herpetice la copii se vor utiliza:

A. Imunomodulatoare
B. Unguente cu acyclovir sau virolex
C. Soluţii antiseptice
D. Antibiotice cu spectru larg de acţiune
E. Acyclovir peroral

13. Infecţia herpetică generalizată:

A. Apare la nou-născuţi şi la pacienţii cu HIV/SIDA.
B. Pronosticul mai frecvent este favorabil.
C. Are o evoluţie severă.
D. Necesită tratament cu acyclovir endovenos în doze mari.
E. Diagnosticul se stabileşte în baza datelor clinice, fără confirmare etiologică.

14. Encefalita herpetică:

A. Este una dintre cele mai severe forme clinice ale infecţiei herpetice.
B. Afectează persoane de orice vârstă.
C. Are un debut acut, cu hipertermie, vome, convulsii, tulburări de conştienţă.
D. Tabloul clinic, de obicei, este predominat de semne de afectare a cerebelului.
E. Întotdeauna este însoţită de leziuni herpetice ale pielii sau mucoaselor.

15. Diagnosticul diferenţial în encefalita herpetică se va face cu:

A. Infecţia rotavirală
B. Encefalita gripală

C. Mononucleoza infecţioasă
D. Meningo-encefalita tuberculoasă
E. Encefalita rujeolică

16. Erupţiile herpetice cutanate:
A. Reprezintă pustule multiple, diseminate.
B. Reprezintă vezicule umplute cu lichid clar.
C. Sunt precedate de senzaţia de arsură a pielii sau de prurit.
D. Apar simultan, în grupuri.
E. Reprezintă elemente maculopapuloase, cu tendinţă spre confluare.

17. Diagnosticul de infecţie herpetică cutanată se stabileşte în baza:
A. Investigaţiilor bacteriologice
B. Examenului obiectiv (erupţii veziculoase, localizate în grupuri)
C. Hemoleucogramei
D. Datelor subiective – senzaţia de arsură a pielii sau de prurit, care precede apariţia erupţiilor
E. Investigaţiilor virusologice

18. Pentru infecţia herpetică este caracteristic:
A. Edemul interstiţial al ţesutului glandular (glande salivare, pancreas, testicul)
B. Afectarea celulelor superficiale cutaneo-mucoase cu „degenerare balonizantă"
C. Erupţii specifice, herpetice cu acumulare de lichide şi formarea de vezicule unicamerale
D. Afectarea mucoasei intestinale a segmentului distal al colonului cu formarea de eroziuni şi focare inflamatoare
E. Sindromul de encefalită acută virală cu focare de necroză mai frecvent temporooccipitale şi consecinţe grave

19. Pentru depistarea virusului herpetic în examenul virusologic (cultivare pe cultură celulară) se vor colecta:
A. Raclaj de pe conjunctivă
B. Bilă
C. Lichid cefalorahidian

D. Urină
E. Lichid din vezicule

20. Forme clinice ale herpesului mucocutanat sunt:
A. Eritema Rozenberg
B. Herpesul labial
C. Eczema herpetică (Kapoşi-Juliusberg)
D. Sindromul Layell
E. Gingivostomatita herpetică

21. În infecţia herpetică se vor produce recăderi cu manifestări clinice în caz de:
A. Tratamente neargumentate cu antibiotice
B. Surmenaj
C. Stres, imunodepresie dobândită
D. Suprarăciri
E. Utilizarea sării de bucătărie într-o cantitate excesivă

22. Modificările histomorfologice în infecţia herpetică se caracterizează prin:
A. Afectarea celulelor superficiale cutaneo-mucoase cu „degenerare balonizantă"
B. Modificarea arhitecturii lobului hepatic cu leziuni hepatocelulare şi degenerescenţă
C. În encefalită – inflamaţie perivasculară cu necroze hemoragice
D. Celule gigante polinucleare
E. Colită catarală urmată de inflamaţie fibrinoidă şi ulceroasă

23. Pentru diagnosticul diferenţial al herpesului zoster şi herpesului simplex cutanat sunt importante:
A. Varicela în antecedente
B. Erupţia unilaterală, limitată la aria cutanată, corespunzând unei rădăcini nervoase posterioare
C. Eroziunile superficiale după spargerea veziculelor
D. Durerea locală intensă pe traiectul pe care apar erupţii
E. Erupţiile specifice, în grupuri, herpetice, cu acumularea lichidului şi formarea veziculelor unicamerale

24. Aciclovirul nu se va administra peroral în următoarele forme clinice ale infecţiei herpetice:
A. Herpes labial
B. Encefalita herpetică

C. Herpes neonatal
D. Gingivostomatita herpetică
E. Infecţie herpatică generalizată

25. Tratamentul etiologic al infecţiei cu virusol herpes simplex include:
A. Acyclovir
B. Penicilină
C. Valacyclovir
D. Famciclovir
E. Tetraciclină

26. Aciclovir endovenos neapărat se va indica în caz de:
A. Encefalită herpetică
B. Herpes labial
C. Gingivostomatită herpetică
D. Infecţie herpetică generalizată
E. Herpes neonatal

27. Alegeţi afirmaţiile corecte referitor la infecţia herpetică.
A. Se disting forme congenitale şi forme dobândite.
B. Infecţia herpetică afectează în mod special articulaţiile.
C. Cea mai frecventă formă clinică a infecţiei herpetice la copii este gingivostomatita herpetică.
D. Encefalita herpetică reprezintă una dintre cele mai severe forme clinice ale infecţiei herpetice.
E. Herpesul labial este o formă rar întâlnită.
F.

VARICELA

Complement simplu

1. Elementul cutanat cel mai informativ în diagnosticul varicelei este:
A. Pustula
B. Macula
C. Papula
D. Crusta
E. Vezicula

2. În care boală infecţioasă gravă la copii corticoterapia este contraindicată:
A. Rujeola
B. Varicela
C. Oreionul
D. Gripa
E. Scarlatina

3. Erupţia în mai multe valuri eruptive (puseuri) apare în:
A. Varicelă
B. Infecţia meningococică
C. Scarlatină
D. Rubeolă
E. Mononucleoza infecţioasă

4. Vezicule pe mucoasa bucală pot apărea în una din următoarele infecţii:
A. Rujeolă
B. Varicelă
C. Oreion
D. Rubeolă
E. Scarlatină

5. Perioada preeruptivă în varicelă poate fi cu:
A. Durata de 3–4 zile
B. Fenomene generale uşoare
C. Stomatită
D. Angină
E. Scaune lichide frecvente

6. Erupţie tranzitorie scarlatiniformă (rash) în perioada prodromală poate fi în una din următoarele maladii:
A. Rujeolă
B. Rubeolă
C. Mononucleoza infecţioasă
D. Scarlatină
E. Varicelă

7. Erupţia cutanată veziculară se întâlneşte în:
A. Rujeolă
B. Rubeolă
C. Varicelă

D. Mononucleoza infecţioasă
E. Febra tifoidă

8. Perioada prodromală în varicelă poate fi cu:
A. Splenomegalie
B. Scaune lichide frecvente
C. Stomatită
D. Semne meningiene pozitive
E. Erupţie scarlatiniformă, rubeoliformă

9. Virusul varicelozosterian la pacienţii care au făcut varicelă poate rămâne latent în:
A. Celulele gangliilor spinale dorsale
B. Lichidul cefalorahidian
C. Ficat
D. Substanţa cenuşie a creierului
E. Meninge

10. Varicela va avea o evoluţie benignă numai la:
A. Adulţi
B. Adolescenţi
C. Imunocompetenţi
D. Imunocompromişi
E. Gravide

11. Tratamentul etiotrop în varicelă se va face cu:
A. Amantadină
B. Ribavirină
C. Interferon
D. Rimantadină
E. Aciclovir

12. Corticoterapia în varicelă nu este indicată, cu excepţia:
A. Gravidelor
B. Pacienţilor cu forme severe
C. Sugarilor
D. Pacienţilor cu encefalită
E. Pacienţilor cu SIDA

13. Aciclovirul este preparatul de elecţie în:
A. Rujeolă
B. Gripă

C. Adenoviroze
D. Rotaviroze
E. Varicelă

14. Poarta de intrare şi replicarea primară a virusului varicelozosterian va fi în:
A. Mucoasa căilor respiratorii superioare
B. Conjunctiva
C. Mucoasa bucală
D. Pielea lezată
E. Urechea

15. Erupţiile variceloase vor fi mai abundente pe:
A. Pielea feţei
B. Părţile flexorii ale membrelor
C. Părţile extensorii ale membrelor
D. Palme şi tălpi
E. Nu există zone preponderente

16. Erupţiile variceloase rareori apar pe:
A. Trunchi
B. Palme şi tălpi
C. Membrele superioare
D. Partea piloasă a capului
E. Mucoase

17. Se vor forma cruste în urma erupţiilor cutanate numai în:
A. Rujeolă
B. Rubeolă
C. Scarlatină
D. Varicelă
E. Febra tifoidă

18. „Polimorfismul fals" al elementelor eruptive este caracteristic unei maladii din următoarele:
A. Herpes simplu
B. Herpes zosterian
C. Rubeolă
D. Varicelă
E. Rujeolă

19. Primoinfecţia cauzată de virusul varicelozosterian se numeşte:

A. Herpes simplu
B. Herpes zosterian
C. Citomegalie
D. Mononucleoză infecţioasă
E. Varicelă

20. De varicelă severă hemoragică se pot îmbolnăvi:
A. Copiii sub 1 an
B. Copiii cu malnutriţie
C. Adulţii
D. Copiii trataţi timp îndelungat cu corticosteroizi
E. Copiii cu rahitism

21. Vezicule pe mucoasa bucală apar în una din următoarele maladii:
A. Rujeolă
B. Oreion
C. Varicelă
D. Rubeolă
E. Scarlatină

22. Cea mai frecventă complicaţie în varicelă este:
A. Meningita
B. Encefalita
C. Piodermia
D. Miocardita
E. Mielita

Complement multiplu

1. În tratamentul meningoencefalitei variceloase se pot utiliza:
A. Antiinflamatoare steroidiene
B. Antibiotice (intrarahidian)
C. Puncţii lombare decompresive
D. Aciclovir
E. Deshidratarea

2. În care maladii infecţioase cu exantem erupţia va evolua cu formarea de cruste?
A. Varicelă
B. Rujeolă

C. Rubeolă
D. Herpes simplu
E. Herpes zosterian

3. Enantemul apare în următoarele maladii:
A. Oreion
B. Rujeolă
C. Varicelă
D. Pertussis
E. Scarlatină

4. Veziculele în varicelă au următoarele caracteristici:
A. Sunt dureroase
B. Sunt pruriginoase
C. Au conţinut clar
D. Generalizate (pe tot corpul)
E. Situate profund în piele

5. La varicelă, pronosticul este rezervat pentru:
A. Gravide
B. Adulţi
C. Pacienţii cu infecţia HIV/SIDA
D. Preşcolari
E. Sugari

6. Vor fi trataţi cu aciclovir în varicelă:
A. Copiii de 2–4 ani
B. Bolnavii de septicemie
C. Gravidele
D. Pacienţii cu infecţia HIV/SIDA
E. Nou-născuţii

7. În tratamentul etiotrop al varicelei sunt indicate:
A. Vi-feron
B. Aciclovir
C. Amantadină
D. Ribavirină
E. Valaciclovir

8. Indicaţi complicaţiile specifice ale varicelei (prin virusul varicelozosterian):
A. Pneumonia primară

B. Encefalita (cerebelita)
C. Meningita purulentă
D. Hepatita
E. Erizipelul

9.Indicaţi complicaţiile neurologice în varicelă:
A. Meningoencefalita seroasă
B. Meningoencefalita purulentă
C. Poliradiculoneuropatia
D. Mielita
E. Panencefalita sclerozantă

10. Forme mai grave de varicelă se întâlnesc la:
A. Adolescenţi
B. Copiii mici
C. Gravide
D. Preşcolari
E. Pacienţii cu leucemie

11. Diagnosticul de varicelă poate fi confirmat prin:
A. Izolarea virusului varicelorzosterian (VVZ) în culturi de celule
B. Examenul conţinutului vezicular în imunofluorescenţă
C. Contact cu bolnavi cu herpes zosterian
D. Contact cu bolnavi cu herpes simplu
E. Leucograma caracteristică

12. Perioada prodromală în varicelă va evolua:
A. 5–7 zile
B. 1–2 zile
C. Cu cefalee
D. Cu febră
E. Cu diaree

13. Vezicule uniloculare apar în:
A. Herpes simplu
B. Variolă
C. Varicelă
D. Scabie
E. Herpes zosterian

14. În varicelă apar erupţii:

A. Eriteme
B. Macule
C. Hemoragii stelate cu necroze în centru
D. Papule
E. Vezicule

15. Varicela în formă generalizată apare la:
A. Adulţi
B. Copii de 3–7 ani
C. Pacienţi trataţi cu corticosteroizi mai mult de 2 săptămâni
D. Nou-născuţi
E. Pacienţi cu transplante

16. Sindromul caracteristic varicelei congenitale cuprinde:
A. Hipoplazia membrelor
B. Viciu cardiac
C. Anomalii de dezvoltare a ochilor
D. Anomalii de dezvoltare a căilor urinare
E. Cicatrice cutanate

17. Meningoencefalita ca complicaţie specifică a varicelei, apare în:
A. Primele 1–2 zile ale bolii
B. Perioada de incubaţie
C. În a 3-a–a 5–a zi de boală
D. În stadiul de formare a crustelor
E. După 3 săptămâni de la debutul bolii

18. Indicii de gravitate în varicelă sunt:
A. Gradul de intoxicaţie
B. Numărul mare de elemente eruptive
C. Vârsta mai mică de 1 an
D. Caracterul hemoragic al erupţiilor
E. La adulţi

19. Exantemul varicelos se caracterizează prin:
A. Apare în 1-a 2-a zi a bolii
B. Macule-papule-vezicule
C. Apare în etape, de sus în jos, în câteva zile
D. Lasă pigmentare
E. Lasă cruste

20. Vezicula în varicelă este:
   A. Polimorfă în dimensiuni
   B. Uniloculară
   C. Situată pe pielea modificată
   D. Situată adânc în tegument
   E. Cu conţinutul clar

21. Exantemul cu prurit apare în:
   A. Varicelă
   B. Rubeolă
   C. Rujeolă
   D. Dermatita alergică
   E. Scarlatină

22. Laringita acută stenozantă (crupul) la copii apare în:
   A. Rujeolă
   B. Rubeolă
   C. Infecţia meningococică
   D. Varicelă
   E. Paragripă

23. În care boli infecţioase meningoencefalita este o complicaţie reală?
   A. Rujeolă
   B. Rubeolă
   C. Scarlatină
   D. Difterie
   E. Varicelă

OREIONUL

Complement simplu

1. Care din următoarele simptome poate fi observat în oreion?
   A. Semne catarale pronunţate

B. Tumefacţia nodulilor limfatici submaxilari
C. Angina lacunară
D. Tumefacţia glandelor salivare
E. Edemul faringian

2. Care din următoarele modificări ale mucoaselor bucale şi faringiene se întâlneşte în oreion?
A. Stomatita aftoasă
B. Angina foliculară
C. Limba „zmeurie”
D. Enantemul
E. Semnul Mursou

3. Lichidul cefalorahidian în meningita urliană prezintă:
A. Albuminorahie între 3–5 g/l
B. Pleiocitoză neutrofilică
C. Pleiocitoză limfocitară
D. Pleiocitoză mixtă
E. Glucorahie crescută

4. Complicaţie reală a oreionului poate fi:
A. Angina foliculară
B. Meningita purulentă
C. Otita purulentă
D. Reumatismul
E. Nevrita n. acustic

5. Tumefacţia parotidiană în oreion nu poate fi:
A. Bilaterală
B. De consistenţă păstoasă, elastică
C. Uşor dureroasă
D. Însoţită de febră
E. Cu hiperemia pielii

6. Oreionul este provocat de:
A. Bacterii
B. Riketsii
C. Protozoare
D. Virusuri
E. Micoplasme

7. Care simptom nu este caracteristic în meningita urliană?
   A. Febra
   B. Semne catarale pronunţate
   C. Cefaleea
   D. Redoarea cefei
   E. Semnele meningiene pozitive

8. Semnul Mursou frecvent se observă în:
   A. Scarlatină
   B. Varicelă
   C. Rujeolă
   D. Oreion
   E. Rubeolă

9. Oreionul congenital se manifestă prin:
   A. Rinichi polichistic
   B. Coarctaţie de aortă
   C. Cataractă
   D. Atrezie a căilor biliare
   E. Fibroelastoză endocardică

10. Tratamentul oreionului la copii include următoarele, cu excepţia:
   A. Repaus la pat
   B. Antipiretice
   C. Fermenţi
   D. Antibiotice
   E. Dietă

11. Tratamentul etiologic al infecţiei urliene se face cu:
   A. Lamivudină
   B. Imunglobulină standard
   C. Zovirax
   D. Ampicilină
   E. Nu există un tratament etiologic

12. Atitudinea terapeutică în orhita urliană la copii nu include:
   A. Repaus strict la pat
   B. Corticoterapie
   C. Insulină şi sulfamide antidiabetice
   D. Diuretice

E. Analgezice

13. Parotidita urliană este:
   A. Bilaterală, dur elastică, sensibilă la palpare, semnul Mursou pozitiv, dureri la masticaţie
   B. Unilaterală, dură, dureroasă
   C. Bilaterală, foarte dură, dureroasă, cu eliminări purulente din canalul stenon
   D. Bilaterală, elastică, stare generală gravă
   E. Bilaterală, elastică, nedureroasă, crepitaţie

14. Care simptom poate fi observat în oreion?
   A. Edemul faringian
   B. Angina lacunară
   C. Tumefacţia nodulilor limfatici submaxilari
   D. Semne catarale pronunţate
   E. Tumefacţia glangelor salivare

15. Virusul urlian posedă tropism către:
   A. Sistemul limfatic
   B. Dermatotropism
   C. Sistemul glandular, sistemul nervos central
   D. Sistemele limforeticular, endotelial, respirator, mai puţin gastrointestinal, nervos central
   E. Sistemul respirator, sistemul nervos central

16. Virusul urlian se localizează în următoarele organe, cu excepţia:
   A. Glande salivare
   B. Testicule
   C. Pancreas
   D. Sistemul nervos central
   E. Sistemul osos

17. Simptomatologia de debut a parotiditei epidemice nu include:
   A. Debutul acut cu febră
   B. Cefalee
   C. Dureri la masticaţie
   D. Senzaţie de tensiune dureroasă a lojei parotidiene
   E. Erupţie veziculo-buloasă generalizată

18. Identificaţi afirmaţia incorectă despre infecţia urliană.
A. Incidenţă maximă se înregistrează iarna şi primăvara.
B. Frecvenţă maximă se înregistrează la sugari.
C. Pronostic favorabil.
D. Afecţiuni parotidiene în 50% din cazuri.
E. Început acut cu febră moderată, dureri în zona retrofaringiană, anorexie.

Complement multiplu

1. Submaxilita urliană va fi diferenţiată de următoarele boli:
A. Scarlatina
B. Mononucleoza infecţioasă
C. Adenita submandibulară
D. Edemul Quinque
E. Rujeola

2. Tumefacţia în oreion este:
A. Totdeauna bilaterală
B. De consistenţă păstoasă, elastică
C. Uşor dureroasă
D. Pielea nemodificată
E. Pielea hiperemiată

3. Orhita în infecţia parotidiană (urliană) se caracterizează prin:
A. Totdeauna bilaterală
B. Mai frecvent unilaterală
C. Dureri accentuate în testicul
D. Edemul testiculelor
E. Fluctuaţie

4. Glucocorticoizii în oreion vor fi administraţi în cazurile:
A. Forma glandulară severă
B. La copiii mici
C. Orhită
D. Encefalită
E. Oreion cu pancreatită medie

5. Care dintre următoarele semne nu sunt caracteristice parotiditei epidemice (oreion)?
A. Febra

B. Tumefacţia glandelor salivare
C. Consistenţa dură, dureroasă a glandelor parotidiene
D. Leucocitoza cu neutrofilie
E. Hiperemia pielii

6. Alegeţi semnele importante în diagnosticul pancreatitei urliene:
A. Cefalee pronunţată
B. Dureri în abdomen (epigastru sau în formă de „centură")
C. Febră
D. Constipaţii sau diaree
E. Amilazurie, amilazemie

7. Tumefacţia ambelor glande salivare are loc în:
A. Litiaza salivară
B. Oreion
C. Parotidita toxică
D. Sindromul Mikulicz
E. Parotidita supurată

8. Tumefacţia parotidelor în oreion are următoarele caracteristici:
A. Întotdeauna unilaterală
B. Produce dureri la masticaţie
C. Are consistenţă păstoasă
D. Dureroasă la apăsare
E. Secreţie salivară abundentă

9. Orhita în oreion trebuie diferenţiată de:
A. Orhoepididimita gonococică
B. Varicocel
C. Hernia inghinală
D. Tumoarea cordului feniculor
E. Orhita cu virusuri Coxsackie

10. Afecţiunile extrasalivare în infecţia parotidiană sunt:
A. Tonzilita
B. Orhita
C. Meningita
D. Pancreatita
E. Adenita cervicală

11. Tumefacţia în oreion este:

A. De consistenţă păstoasă, elastică
B. Bilaterală sau unilaterală
C. Moderat dureroasă
D. Însoţită de febră
E. Pielea hiperemiată

12. Pentru cercetări virusologice în infecţia urliană se colectează:
A. Bilă
B. Salivă
C. Sânge
D. Mase fecale
E. Lichid cefalorahidian

13. Marcaţi particularităţile infecţiei urliene la copiii până la 1 an:
A. Se întâlneşte rar
B. Mai frecvent este însoţită de meningită
C. Mai frecvent se afectează glandele parotide
D. Evoluţie favorabilă
E. Letalitate înaltă

14. În pancreatita urliană de gravitate medie se indică:
A. Perfuzii endovenoase
B. Corticosteroizi
C. Fermenţi
D. Regim strict de pat
E. Masa nr. 5

15. Afectarea glandelor submaxilare în infecţia urliană:
A. Se caracterizează prin durere moderată şi tumefacţia glandelor submaxilare.
B. Este însoţiţă de congestia şi tumefacţia orificiului canalului Wharton.
C. Mai frecvent se asociază cu afectarea glandei parotide.
D. Deseori, este unilaterală.
E. Beneficiază de tratamentul cu metronidazol.

16. Identificaţi afirmaţiile corecte despre orhita urliană.

A. Orhita urliană se întâlneşte frecvent la persoanele cu vârsta între 14 şi 17 ani.
B. Apare, de obicei, după 4–5 zile de la debutul parotiditei.
C. Testiculul este tumefiat şi dureros, iar scrotul este edemaţiat şi hiperemiat.
D. Întotdeauna este bilaterală.
E. Debutează lent.

17. Meningita urliană se caracterizează prin:
A. Febră, cefalee, vărsături
B. Semne meningiene foarte pronunţate
C. Lichid cefalorahidian purulent
D. Lichid cefalorahidian transparent
E. Pleiocitoză limfocitară (200–2000 celule în 1 mcl)

18. Nu constituie indicaţie de corticoterapie în infecţia urliană:
A. Encefalita urliană
B. Orhita urliană
C. Sublingualita
D. Pancreatita urliană (formă medie)
E. Meningita urliană (formă medie)

19. Biopsia testiculelor în orhita urliană poate evidenţia:
A. Inflamaţia celulelor germinale
B. Infiltrat celular limfoplasmocitar
C. Edem interstiţial marcat cu exsudat serofibrinos
D. Celule gigante multinucleate
E. Descuamaţie epitelială pronunţată

20. Precizaţi aspectele histologice care pot apărea la nivelul sistemului nervos central în infecţia urliană:
A. Infiltrat celular limfoplasmocitar predominant perivascular
B. Hemoragie subarahnoidiană
C. Modificări de tipul meningitei aseptice acute (limfocitare) în cazul meningitei urliene
D. Leziuni neuronale în encefalita urliană
E. Corpusculi Babeş-Negri în 30% din neuroni

21. Localizările extrasalivare rare ale infecţiei urliene includ:
A. Ooforita
B. Submaxilita

C. Dacrioadenita
D. Mastita
E. Orhita

22. Afectarea glandelor sublinguale în infecţia urliană se caracterizează prin:
A. Rareori, formă izolată
B. Durere moderată şi tumefacţie a glandelor sublinguale
C. Deseori asociată cu submaxilita sau parotidita
D. Semne catarale pronunţate
E. De obicei, bilaterală

23. În oreion la copii se pot întâlni următoarele sindroame:
A. Pancreatită
B. Meningită
C. Orhită
D. Sindromul de coagulare intravasculară diseminată
E. Insuficienţă respiratorie

24. Meningita urliană în primul rând trebuie diferenţiată de:
A. Meningita tuberculoasă
B. Meningita enterovirală
C. Meningita meningococică
D. Meningita herpetică
E. Meningita pneumococică

25. Care afirmaţii despre infecţia urliană sunt adevărate?
A. Incubaţia este de 11–21 zile.
B. Pacienţii prezintă congestia şi tumefacţia orificului canalului stenon.
C. Vârstă predilectă de aparaţie este între 1 şi 3 ani.
D. Submaxilita urliană trebuie diferenţiată de adenita submaxilară.
E. Nu determină imunitate durabilă.

26. Pentru orhita urliană este caracteristic, cu exepţia:
A. Febra
B. Adenita inghinală pronunţată
C. Edemul testicular
D. Fluctuaţia
E. Splenomegalia

27. Care afirmaţii privind pronosticul infecţiei parotidiene la copii sunt adevărate?
A. Pronosticul este bun; cazurile mortale (de encefalită) sunt excepţionale.

B. Evoluţia este mai severă decât la adulţi.
C. Pronosticul este nefavorabil; cazurile mortale (de encefalită) sunt frecvente.
D. Surditatea poate fi sechela neuritei n. acustic.
E. Sterilitatea poate fi urmarea unei orhite bilaterale.

PERTUSSIS (TUSEA CONVULSIVĂ)

Complement simplu

1. În pertussis, una dintre indicaţiile terapeutice este greşită:
   A. Regimul alimentar
   B. Oxigenoterapia, aer proaspăt
   C. Antibiotice (eritromicina, ampicilina)
   D. Antitusive
   E. Neuroleptice şi sedative

2. Care dintre indicaţii, în caz de apnee în pertussis, sunt greşite?
   A. Oxigenoterapia
   B. Respiraţia asistată
   C. Sedative, neuroleptice
   D. Drenaj postural
   E. Analeptice respiratorii

3. Perioada catarală în pertussis se manifestă prin următoarele, cu excepţia:
   A. Febră
   B. Rinită
   C. Fără semne de intoxicaţie generală

D. Tuse obişnuită
E. Subfebrilitate

4. Diagnosticul confirmat în pertussis se bazează pe metoda:
A. Virusologică
B. Bacteriologică
C. Bacterioscopică
D. Serologică
E. Radioimună

5. Accesul de tuse în pertussis se caracterizează prin:
A. Vărsături la finele accesului
B. Secuse expiratorii, scurte, spastice
C. Reprize
D. Expectoraţie dificilă
E. Toate manifestările de mai sus

6. Perioada convulsivă în pertussis se caracterizează prin:
A. Febră
B. Erupţii maculopapuloase
C. Splenomegalie
D. Accese de tuse
E. Diaree

7. În pertussis complicaţia principală este:
A. Artrita nesupurativă
B. Stomatita aftoasă
C. Pneumonia
D. Septicemia
E. Perforaţia intestinală

8. Care dintre următoarele variante, referitor la patogenia tusei convulsive, este falsă?
A. Dereglări hemodinamice
B. Dereglări de ritm respirator
C. Stază venoasă în circuitul mic
D. Creşterea permeabilităţii sangvine
E. Inflamaţia mucoasei intestinale cu ulceraţii

9. Pentru perioada iniţială în pertussis nu este caracteristic:

A. Debut lent, subfebrilitate
B. Erupţii cutanate
C. Tuse uşoară
D. Bronşită
E. Conjunctivită

10. Debutul bolii în pertussis este:
A. Acut, cu febră
B. Cu semne catarale manifeste
C. Cu intoxicaţie generală pronunţată
D. Lent, cu simptome de catar respirator banal
E. Cu vome, diaree

11. Caracterul tusei în pertussis poate fi:
A. Stridoros
B. În acces, cu reprize
C. Traheobronşic
D. Lătrător
E. Chinuitor

12. Febra în pertussis poate fi:
A. Continuă
B. Ondulantă
C. Subfebrilă
D. Neregulată
E. Remitentă

13. Analiza generală a sângelui la copiii cu pertussis se caracterizează prin:
A. Leucocitoză cu neutrofilie
B. Leucocitoză cu limfocitoză
C. Deviere a formulei leucocitare spre stânga
D. Eozinofilie
E. VSH accelerat

14. Manifestările orofaringiene în pertussis:
A. Stomatită aftoasă
B. Limbă „geografică”
C. Ulceraţie a frenulului lingual
D. Limbă „zmeurie”
E. Limbă saburală

15. Complicaţia cea mai frecventă în pertussis este:
A. Meningita
B. Enterocolita
C. Bronhopneumonia
D. Otita
E. Infecţia căilor urinare

16. La copiii în vârstă de până la 1 an pertussis evoluează:
A. În forme fruste, uşoare
B. Cu febră continuă
C. Cu accese de tuse severe, îndelungate, cu apnee
D. Cu deshidratare manifestă
E. Cu leucocitoză, neutrofilie, VSH accelerat

17. Cel mai frecvent, Bordetella pertussis poate fi izolat:
A. În săptămânile 1–2 ale perioadei spasmodice
B. În săptămânile 3–4 ale perioadei spasmodice
C. În săptămânile 5–6 ale perioadei spasmodice
D. În perioada catarală
E. După 6 săptămâni

Complement multiplu

1. Perioada spasmodică în pertussis se manifestă prin:
A. Neurotoxicoză
B. Hemoragii în sclere
C. Stomatită
D. Tuse în accese
E. Reprize

2. Particularităţile în pertussis la sugari sunt:
A. Apnee
B. Accese de cianoză
C. Semne meningiene
D. Erupţii cutanate
E. Manifestări echivalente de acces de tuse

3. Diagnosticul pertussis se bazează pe:
A. Semne de intoxicaţie
B. Febră
C. Atelectază pulmonară
D. Leucocitoză pronunţată, limfocitoză
E. Tuse spasmodică

4. Analiza generală a sângelui în pertussis prezintă:
A. Leucocitoză
B. Neutrofilie cu deviere spre stânga
C. Eozinofilie
D. Limfocitoză
E. VSH normal

5. În perioada catarală la pertussis pot fi observate:
A. Icter pronunţat
B. Tuse uşoară, nocturnă
C. Temperatura corpului 37–37,5ºC
D. Tegumente palide
E. Greaţă, vărsături

6. Faciesul bolnavului în pertussis se caracterizează prin:
A. Tumefacţie difuză
B. Buze uscate, hiperemiate (carminate)
C. Edem palpebral
D. Cianoză circumorală
E. Conjunctive injectate

7. În patogenia pertussis au loc:
A. Excitaţia centrului respirator
B. Excitaţia centrului de vomă
C. Dereglări hidroelectrolitice
D. Dereglări hemodinamice în SNC
E. Bacteriemia

8. Diagnosticul diferenţial în pertussis se va face cu:
A. Difteria faringiană
B. IRA
C. Parapertussis
D. Mucoviscidoza pulmonară

E. Varicela

9. În care perioade ale bolii, în secreţiile orofaringiene se identifică cocobacilul pertussis?
   A. Ultimele zile ale perioadei de incubaţie
   B. Perioada catarală
   C. Perioada spasmodică (primele zile)
   D. Perioada spasmodică (săptămânile 3–4)
   E. În toate perioadele

10. Pertussis la copiii vaccinaţi evoluează:
   A. Atipic
   B. Fără accese de tuse spasmodică
   C. Cu complicaţii frecvente
   D. Cu tuse uşoară, îndelungată
   E. Cu hiperleucocitoză şi neutrofilie

11. Criteriile de gravitate în pertussis sunt:
   A. Accese de tuse cu reprize în 2–3 cazuri
   B. Gradul insuficienţei respiratorii
   C. Durata accesului de tuse
   D. Complicaţii frecvente
   E. Toate cele enumerate

12. Complicaţiile specifice în pertussis sunt:
   A. Emfizemul pulmonar
   B. Atelectazia pulmonară
   C. Sinuzita maxilară
   D. Ulceraţia frenulului lingual
   E. Meningita

13. Tratamentul etiologic în pertussis include:
   A. Eritromicina
   B. Penicilina
   C. Neomicina
   D. Ampicilina
   E. Cefalosporinele

14. Cauza declanşării accesului de pertussis poate fi:
   A. Supraalimentaţia
   B. Excitaţiile traheobronşice
   C. Aflarea la aer liber răcoros
   D. Enervarea, emoţiile
   E. Excitaţiile auditive

15. Particularităţile accesului de tuse convulsivă la sugar sunt:
   A. Reprize repetate
   B. Febră
   C. Apnee
   D. Secreţii rinofaringiene abundente, lichide
   E. Spasm glotic, cianoză

16. Faciesul copilului cu pertussis prezintă:
   A. Tumefiat difuz
   B. Edem palpebral
   C. „Pălmuit"
   D. Hemoragii conjunctivale
   E. Obişnuit

17. Diagnosticul diferenţial în pertussis în perioada catarală trebuie făcut cu:
   A. Gripa
   B. Scarlatina
   C. Rujeola
   D. Meningita meningococică
   E. Adenovirozele

18. Particularităţile pertussis la copiii vaccinaţi sunt:
   A. Febră îndelungată
   B. Evoluţie asimptomatică sau frustă
   C. Manifestări dispeptice
   D. Tuse îndelungată cu accese uşoare
   E. Fără complicaţii

19. În pertussis pot fi următoarele sechele:
   A. Bronşiectazii
   B. Emfizem pulmonar
   C. Hepatomegalie
   D. Pareze, paralizii

E. Defecte psihice (deficienţă mintală)

20. Diagnosticul diferenţial în pertussis se va face cu:
   A. Timomegalia
   B. Infecţia enterovirală
   C. Mucoviscidoza
   D. Tuberculoza ganglionară
   E. Difteria laringiană

21. Accese de tuse similare tusei convulsive pot fi în:
   A. Rubeolă
   B. Mucoviscidoză
   C. Varicelă
   D. Adenoviroze
   E. Infecţia cu RS-virus

22. Particularităţile evolutive ale tusei convulsive la sugar sunt:
   A. Accese frecvente, apnee
   B. Perioada catarală îndelungată
   C. Complicaţii severe
   D. Diaree şi vome frecvente
   E. Accese de strănut

23. Perioada catarală pertussis se manifestă prin:
   A. Vome, diaree
   B. Tuse obişnuită
   C. Temperatura corpului normală sau subfebrilă
   D. Starea generală nealterată
   E. Debut acut cu intoxicaţie generală pronunţată

24. În pertussis modificările tractului bronhopulmonar sunt:
   A. Pulmon pertussis
   B. Pneumonii polisegmentare
   C. Bronşită, bronşiolită
   D. Pneumonii abscendente
   E. Atelectazii pulmonare

25. Cele mai afectate sisteme în pertussis sunt:
   A. Digestiv
   B. Respirator

C. Nervos central
D. Urinar
E. Cardiovascular

26. Pentru diagnosticul precoce în pertussis se vor avea în vedere:
A. Caracterul uşor spastic, preponderent nocturn al tusei
B. Tusea rebelă la tratament
C. Starea generală nemodificată
D. Febra, intoxicaţia generală pronunţată
E. Voma, diareea

27. În pertussis diagnosticul se va stabili în baza următoarelor investigaţii paraclinice:
A. Bacterioscopia secreţiilor rinofaringiene
B. Izolarea agentului cauzal din rinofaringe
C. Hemocultura
D. Metode serologice
E. Leucograma

28. Aspectul pacientului în accesul de tuse spasmodică prezintă:
A. Facies „încruntat"
B. Limba proiectată în afară
C. Facies hipocratica
D. Salivaţie abundentă
E. Risus sardonicus

29. Indicaţiile de spitalizare a pacienţilor cu pertussis sunt:
A. Formele tipice uşoare şi medii
B. Formele severe
C. Complicaţiile
D. Copiii vaccinaţi
E. Copiii mai mici de 2 ani din familiile defavorizate

30. Tratamentul formelor severe de pertussis include:
A. Antibiotice
B. Sedative
C. Fermenţi
D. Oxigenoterapia
E. Preparate ce excită centrul respirator

31. Metodele de tratament în pertussis includ:
   A. Regimul alimentar
   B. Antibioterapia
   C. Terapia sindromală
   D. Oxigenoterapia
   E. Terapia de rehidratare

INFECŢIA MENINGOCOCICĂ

Complement simplu

1. Prin ce se deosebeşte rinofaringita meningococică de rinofaringita virală la copii?
   A. Febră
   B. Obstrucţie nazală
   C. Tuse
   D. Leucocitoză
   E. Leucopenie

2. Diagnosticul confirmat al rinofaringitei meningococice la copii se bazează pe:
   A. Datele clinice
   B. Modificările hemoleucogramei
   C. Izolarea din secreţiile rinofaringiene a meningococului
   D. Analiza lichidului cefalorahidian
   E. Rinoscopie

3. Asistenţa urgentă prespitalicească în infecţia meningococică şi şoc toxiinfecţios la copil întotdeauna va include:
   A. Antipiretice
   B. Anticonvulsive

C. Corticosteroizi
D. Diuretice
E. Perfuzii endovenoase

4. Indicaţi un antibiotic ce se recomandă în infecţia meningococică la copii la etapa prespitalicească:
A. Ceftazidim
B. Chloramfenicol
C. Amoxicilină
D. Ofloxacină
E. Tobramicină

5. Cea mai frecventă afecţiune cardiacă în infecţia meningococică la copii este:
A. Prolapsul valvulei mitrale
B. Miocardita
C. Endocardita
D. Pericardita
E. Tulburările de conductibilitate

6. Indicaţi vârsta la care infecţia meningococică se întâlneşte cel mai frecvent:
A. Sugar
B. Nou-născut
C. Copil mic (1–3 ani)
D. Adolescent (14–18 ani)
E. Elev în clasele primare

7. La copiii mici infecţia meningococică evoluează cel mai frecvent în forma clinică:
A. Meningită, meningoencefalită
B. Meningococemie
C. Meningită şi meningococemie
D. Poliradiculoneuropatie
E. Pneumonie

8. În meningita meningococică la sugar inflamaţia meningelor este:
A. Eritematoasă
B. Fibrinoasă
C. Purulentă
D. Crupoasă
E. Ulceronecrotică

9. Diagnosticul meningitei meningococice la sugar poate fi confirmat numai în baza:

A. Prezenţei semnelor meningiene
B. Fontanelei anterioare bombate
C. Simptomului Lesaje pozitiv
D. Analizei lichidului cefalorahidian
E. Analizei lichidului cefalorahidian şi izolării Neisseria meningitidis din lichidul cefalorahidian

10. În infecţia meningococică la sugar, cel mai frecvent indică prezenţa meningitei unul dintre următoarele semne:

A. Kernig
B. Brudzinski
C. Lesaje
D. Redoarea cefei
E. Babinski

11. Tabloul bacterioscopic al lichidului cefalorahidian în meningita meningococică prezintă meningococul:

A. Diplococ gram-pozitiv situat extracelular
B. Diplococ gram-negativ situat intra- şi extracelular
C. Diplococ gram-pozitiv capsulat
D. Bacili gram-negativi
E. Bacili gram-pozitivi

12. Copilul cu infecţie meningococică nu este transportabil în caz de:

A. Şoc toxicoinfecţios gr. I
B. Edem cerebral acut gr. II, III
C. Meningococemie
D. Meningită şi meningococemie
E. Meningococemie şi artropatie

13. Dintre sechelele posibile ale meningitei purulente, cea mai frecventă la copii este:

A. Hidrocefalia
B. Convulsiile epileptiforme
C. Hipertensiunea intracraniană
D. Retardarea psihomotorie
E. Parezele, paraliziile spastice

14. Semnele clinice suspecte pentru meningită la sugar sunt:

A. Febra
B. Voma repetată
C. Febra, voma repetată, agitaţia, ţipătul inconsolabil
D. Refuzul alimentaţiei
E. Diareea

15. La un copil cu suspiciune de infecţie meningococică (forma generalizată) se recomandă:
A. Culturi din LCR
B. Hemoculturi
C. Culturi din nazofaringe
D. Hemoleucograma
E. Toate cele enumerate

16. În infecţia meningococică la copii, erupţia apare mai frecvent pe:
A. Torace
B. Faţă
C. Fese şi membrele inferioare
D. Mucoasele bucale
E. Sclere

17. Exantemul în meningococemie la copii reprezintă:
A. Hemoragii stelate
B. Vezicule
C. Cruste
D. Macule-papule confluente
E. Rozeole punctiforme

18. În infecţia meningococică la sugari, spre deosebire de copiii mari şi adulţi, uneori se înregistrează:
A. Edemul cerebral acut
B. Colapsul ventricular (hipotensiune cerebrală acută)
C. Şocul toxiinfecţios
D. Insuficienţa cardiorespiratorie
E. Insuficienţa renală acută

19. Surditatea senzorială la copii apare mai frecvent după meningita cu:

A. H. Influenzae
B. Pneumococ
C. Stafilococ
D. Meningococ
E. Bacili gram-negativi

20. Ce investigaţie se va efectua în primul rând în caz de suspecţie la meningita la copil?

A. Electroencefalograma
B. Tomografia computerizată
C. Puncţia lombară
D. Radiografia craniană
E. Electrocardiograma

Complement multiplu

1. Bacterioscopia lichidului cefalorahidian şi a picăturii groase a sângelui permite diagnosticul etiologic precoce al infecţiei meningococice la copil. Meningococul, spre deosebire de pneumococ, este:

A. Gram-negativ
B. Gram-pozitiv
C. Situat intra- şi extracelular
D. Necapsulat
E. Capsulat

2. Meningococul este sensibil la următoarele antibiotice:

A. Penicilină
B. Tetraciclină
C. Eritromicină
D. Cloramfenicol
E. Cefriaxon

3. Nu se permite transportarea la spital a copilului cu infecţie meningococică generalizată fără a i se acorda asistenţă urgentă la etapa prespitalicească în caz de:

A. Edem cerebral acut
B. Convulsii

C. Şoc toxiinfecţios
D. Meningită
E. Meningococemie

4. Debutul infecţiei meningococice generalizate la copilul sugar se manifesta prin:
A. Febră
B. Afectarea căilor respiratorii
C. Vome repetate, diaree
D. Semne meningiene pozitive
E. Constipaţii

5. Meningococemia la copii poate evolua în formele:
A. Medie
B. Gravă
C. Fulminantă
D. Cronică recidivantă
E. Persistentă

6. Deseori, meningita meningococică la copiii de vârstă fragedă se asociază cu:
A. Encefalita
B. Ependimatita
C. Pielonefrita
D. Meningococemia
E. Otita medie

7. În debutul meningococemiei la sugar, erupţia cutanată reprezintă:
A. Macule
B. Papule
C. Vezicule
D. Rozeole
E. Peteşii

8. În meningococemie la copii nu pot fi erupţii de tipul:
A. Hemoragii
B. Peteşii
C. Eritem nodos
D. Vezicule
E. Pustule

9. Erupţia cutanată în meningococemie la copii este:

A. Maculopapuloasă confluientă
B. Rozeoloasă punctiformă pe fundăl hiperemiat al pielii
C. Hemoragică stelată, cu necroze centrale
D. Localizată pe membrele inferioare şi coapse
E. Hemoragică, fără necroze centrale

10. Erupţia cutanată în meningococemie la copii apare:
A. Simultan
B. În etape (în 3 zile)
C. În zilele 1–2 de boală
D. În a 4-a zi
E. În forme severe se răspândeşte centripet pe piele şi mucoase

11. Afecţiunile sistemului nervos central la copiii mici, provocate de meningococ, sunt:
A. Meningita
B. Hemoragia subarahnoidiană
C. Meningoencefalita
D. Ependimatita
E. Ictusul cerebral ischemic

12. Factorii patogenici în infecţia meningococică la copii sunt:
A. Infecţios
B. Autoimun
C. Toxic
D. Alergic
E. Ereditar

13. Numiţi formele clinice rar întâlnite ca forme separate în infecţia meningococică la copii:
A. Amigdalita
B. Endo-, mio-, pericardita
C. Iridociclita, iridociclohorioidita
D. Mono-, poliartrita
E. Laringotraheita

14. Particularităţile clinice ale infecţiei meningococice la sugari sunt:
A. Debutul bolii acut, cu semne respiratorii şi /sau diaree
B. Pneumonia frecventă
C. Semne meningiene disociate

D. Fontanela anterioară excavată
E. Semne de focar cerebral

15. Formele clinice generalizate ale infecţiei meningococice la copii sunt:
A. Septicopiemia
B. Meningita
C. Meningococemia
D. Pneumonia
E. Meningita şi meningococemia

16. În infecţia meningococică la copii sunt posibile următoarele urgenţe:
A. Edemul cerebral acut
B. Limfadenita supurată
C. Şocul toxiinfecţios
D. Peritonsilita
E. Insuficienţa renală acută

17. Care complicaţii apar la copiii cu infecţie meningococică în perioada precoce?
A. Insuficienţa renală acută
B. Hidrocefalia
C. Necroze masive cutanate
D. Surditate, strabism, cecitate
E. Ependimatita

18. Poziţia meningiană („în cocoş de puşcă”) în meningita meningococică se întâlneşte mai frecvent:
A. La sugari
B. La copiii mari
C. În zilele 1–2 de boală
D. În caz de terapie cu antibiotice întârziată
E. În prezenţa encefalitei

19. Meningita purulentă la sugar se caracterizează prin semne meningiene disociate. Care semne sunt cele mai frecvente?
A. Kernig
B. Brudzinski
C. Lesage
D. Redoarea cefei
E. Capul în reproflexie

20. Semnele clinice suspecte ale meningitei la sugar sunt:

A. Febra
B. Voma şi scaunele lichide fără adaosuri patologice
C. Agitaţia psihomotorie
D. Ţipătul encefalic
E. Refuzul alimentaţiei

21. În infecţia meningococică la copiii mici, erupţia are caracter de:
A. Macule
B. Rozeole
C. Vezicule
D. Hemoragii cu necroză centrală
E. Pustule

22. Care complicaţii se înregistrează la copiii mici cu meningită meningococică (meningoencefalită) tratată tardiv?
A. Hidrocefalie
B. Piocefalie
C. Pareze, paralizii
D. Pielonefrită
E. Piodermie

23. Indicaţi cele mai importante semne clinice ce marchează prezenţa şocului toxiinfecţios gr.III în infecţia meningococică la copii:
A. Febra
B. Dereglări de conştiinţă
C. Coma hepatică
D. Hipotonia arterială (stare de colaps), pulsul absent
E. Anuria

24. În infecţia meningococică la sugar, erupţia prezintă:
A. Macule
B. Papule
C. Pustule
D. Rozeole punctiforme pe fondul hiperemiat al pielii
E. Hemoragii cu necroză centrală

25. Infecţia meningococică la sugar va evolua nefavorabil în caz de:
A. Formă fulminantă a bolii
B. Edem cerebral acut
C. Pneumonie

D. Meningoencefalită
E. Nazofaringită

26. Meningococemia la copiii mici necesită diferenţiere de:
A. Rujeolă
B. Rubeolă
C. Septicemie
D. Varicelă
E. Herpes zoster

27. Permeabilitatea barierei hematoencefalice poate să crească sub acţiunea:
A. Frigului
B. Traumatismelor craniocerebrale
C. Radiaţiilor
D. Toxicelor chimice
E. Antibioticelor

28. În meningita bacteriană acută la copii LCR este:
A. Xantocrom
B. Purulent
C. Clar
D. Opalescent
E. Hipertensiv

29. Combaterea edemului cerebral acut la copiii cu infecţie meningococică se face prin:
A. Corticosteroizi
B. Antibiotice
C. Diuretice
D. Antivirale
E. Antiparazitare

30. Diagnosticul diferenţial în meningitele bacteriene acute la copiii mici se va face cu:
A. Dizenteria
B. IRVA cu sindrom de neurotoxicoză
C. Mononucleoza infecţioasă
D. Meningita enterovirală
E. Trauma craniocerebrală

31. În debutul meningitei la sugar apar frecvent semnele:

A. Toxice generale
B. Digestive
C. Meningiene
D. Catarale
E. Limfoadenopatie

32. Semnele suspecte de meningită la nou-născuţi sunt:
A. Convulsiile
B. Plafonarea ochilor
C. Hepatosplenomegalia
D. Hipertonia musculară
E. Bombarea fontanelei anterioare

GRIPA

Complement simplu

1. În gripă la copiii mici, sindroamele cel mai des întâlnite sunt, cu o excepţie:
   A. De crup
   B. Eruptiv
   C. Neurotoxic
   D. Hemoragic
   E. Bronhoobstructiv

2. Care din complicaţiile enumerate nu se dezvoltă în gripă la copii?
   A. Pneumonia
   B. Nevrita n. trigeminus
   C. Sinuzita
   D. Otita
   E. Laringotraheita purulentă

3. Care simptom nu este caracteristic gripei la copii în formă gravă?
   A. Convulsiv
   B. Hipertermic
   C. Pierderea cunoştinţei
   D. Depuneri membranoase pe amigdale
   E. Somnolenţă patologică (somn letargic)

4. Cel mai grav sindrom în gripă la copii este:
   A. Bronhoobstructiv
   B. Edemul pulmonar segmentar
   C. Neurotoxicoza
   D. Abdominal
   E. Respirator

5. Remantadina este preparatul antiviral indicat în:
   A. Varicelă
   B. Rotaviroze
   C. Rujeolă
   D. Gripă
   E. Rubeolă

6. Care dintre următoarele preparate antivirale nu se indică în gripă?
   A. Arbidol
   B. Remantadina

C. Ganciclovir
D. Oseltamivir
E. Imunoglobulina antigripală

7. Tratamentul gripei la copii include următoarele, cu o excepţie:
A. Terapia etiologică
B. Medicaţia simptomatică
C. Antibioterapia în complicaţii
D. Hemodializa
E. Terapia patogenică

8. Care maladie respiratorie poate să decurgă fără febră?
A. Adenovirozele
B. Paragripa
C. Tusea convulsivă
D. Infecţia cu virusul respirator sinciţial
E. Gripa

9. În tratamentul convulsiilor febrile la copil, preparatul de elecţie este:
A. Diazepamul
B. Prednisolonul
C. Paracetamolul
D. Dimedrolul
E. Hidrocortizonul

10. Complicaţiile neurologice ale gripei la copiii mari sunt următoarele, cu o excepţie:
A. Paralizia nervilor cranieni
B. Encefalita
C. Nevralgiile
D. Poliradiculoneuropatiile
E. Meningita purulentă cu ependimatită

11. Gripa la copii necesită diferenţiere de următoarele maladii, cu o excepţie:
A. Paragripa
B. Rubeola
C. Febra tifoidă
D. Infecţia meningococică
E. Adenovirozele

12. Terapia cu antibiotice este indicată în următoarele cazuri, cu o excepţie:
A. Pneumonie

B. Cu scop de a preîntâmpina encefalita
C. Otite
D. Sinuzite
E. Focare de infecţii bacteriene

13. Care afirmaţie exclude un moment-cheie pentru gripa la copii?
A. Este o maladie foarte contagioasă.
B. Este determinată de virusul gripal.
C. Decurge cu sindrom de citoliză.
D. Decurge cu manifestări toxice generale.
E. Decurge cu manifestări catarale discrete.

14. Pentru tabloul clinic al gripei la sugari sunt caracteristice următoarele, cu o excepţie:
A. Debut lent cu subfebrilitate
B. Rozeole punctiforme
C. Dezvoltă complicaţii septice
D. Catar respirator discret (nas înfundat, tuse)
E. Letalitate sporită

15. Indicaţii pentru spitalizarea copiilor cu gripă sunt următoarele, cu o excepţie:
A. Bolnavi cu forme grave, hipertoxice
B. Forme tipice, medii la copiii de peste un an
C. Forme complicate
D. Sugari cu gripă
E. Maladii de fond

16. În care IRA simptomele generale toxice domină de la debutul bolii?
A. Paragripă
B. Gripă
C. Infecţia cu virusul respirator sinciţial
D. Rinoviroze
E. Micoplasmoze

17. Indicaţi în care IRA, sindromul cataral respirator este discret în debutul bolii:
A. Adenoviroze
B. Gripă
C. Paragripă
D. Rinoviroze
E. Infecţia cu virusul respirator sinciţial

Complement multiplu

1. În gripă la copii, morbiditatea crescută şi complicaţiile frecvente sunt caracteristice cărei categorii de vârstă?
   A. Sugari
   B. Copii mici (1–3 ani)
   C. Bolnavi cu patologii cronice (malformaţii de cord, astm bronşic etc.)
   D. Elevi
   E. Adolescenţi

2. Care din fazele patogeniei sunt prezente în gripă?
   A. Ataşarea şi penetrarea virusului în celulele epiteliale ale mucoasei respiratorii
   B. Replicarea virală
   C. Virusemia
   D. Stadiul digestiv
   E. Starea de portaj

3. Simptomele gripei la copii în perioada de stare sunt:
   A. Stare de rău general
   B. Mialgii (senzaţie de „zdrobire”)
   C. Angină, limfoadenopatie
   D. Semne catarale respiratorii
   E. Vezicule, eroziuni pe uvulă, arcurile palatine

4. În tratamentul etiotrop al gripei la copii pot fi utilizate medicamentele:
   A. Aciclovirul
   B. Algiremul
   C. Remantadina
   D. Arbidola
   E. Ganciclovirul

5. În care cazuri de gripă la copii se va administra remantadina?
   A. În formele medie şi gravă, în primele 48 ore
   B. Copiilor mai mari de 7 ani
   C. În formele hipertoxice
   D. În formele cu complicaţii bacteriene
   E. În scop profilactic

6. În gripă la copii, pronosticul este rezervat în următoarele cazuri:
   A. Complicaţii bacteriene de suprainfectare
   B. Subnutriţia, vârsta sugarului
   C. Maladii cronice, medii, imunitate compromisă
   D. Forme tipice
   E. Bolnavii imunizaţi antesezon

7. Sindroamele caracteristice gripei hipertoxice la copii sunt:
   A. Neurotoxic
   B. Hemoragic
   C. Dezechilibrul hidroelectrolitic
   D. Hipertermic
   E. Colestatic

8. Diagnosticul gripei la copii poate fi confirmat prin:
   A. Datele epidemiologice
   B. Examenul bacteriologic
   C. Manifestările clinice
   D. USG organelor interne
   E. Examenul serologic

9. În gripă la copii nu se înregistrează:
   A. Exantem
   B. Tuse
   C. Semnul Filatov-Koplik
   D. Semne de intoxicaţie majoră
   E. Limfoadenopatie generalizată

10. Indicaţi semnele gripei la copii în debutul bolii:
   A. Febră (39–40ºC)
   B. Frisoane
   C. Limba „zmeurie”
   D. Tumefacţia glandelor salivare
   E. Cefalee, transpiraţii, astenie

11. Aspectul copilului bolnavi de gripă atestă:
   A. Lacrimare, fotofobie uşoară
   B. Sclere injectate
   C. Pielea feţei congestionată şi umedă
   D. Buze carminate
   E. Ochi înfundaţi

12. Perioada de stare în gripă la copii poate fi cu:
   A. Sindrom cataral respirator discret
   B. Mialdii, lombalgii
   C. Simptome generale toxice
   D. Stomatită
   E. Erupţie scarlatinoformă

13. Hemoleucograma în gripă la copii prezintă:
   A. Leucopenie
   B. Neutropenie
   C. Monocitoză
   D. Limfocitoză
   E. VSH sporită

14. Care complicaţii în gripă se întâlnesc mai rar la copii decât la adulţi?
   A. Bronhopneumonia
   B. Miocardita
   C. Glomerulonefrita
   D. Pielonefrita
   E. Sinuzitele, otita

15. Pneumonia, ca complicaţie a gripei la copii, se caracterizează prin:
   A. Tirajul intercostal
   B. Tusea
   C. Respiraţia accelerată
   D. Cianoza, acrocianoza
   E. Tirajul cutiei toracice

16. Consecinţele gripei la copii sunt:
   A. Vindecare completă
   B. Sfârşit letal
   C. Paralizii definitive
   D. Sindrom astenovegetativ în convalescenţă
   E. Portaj cronic de virus gripal

17. Indicaţi manifestările sindromului de crup în gripă la copii:
   A. Tuse umedă cu eliminări abundente
   B. Dispnee inspiratorie
   C. Voce răguşită
   D. Afebrilitate

E. Tuse lătrătoare, aspră

18. Examenele de laborator specifice în gripă sunt:
    A. Imunofluorescenţă
    B. Virusologic
    C. Bacteriologic
    D. Serologic
    E. Intradermoreacţia

19. Diagnosticul serologic al gripei cuprinde următoarele reacţii:
    A. Hemaglutinoinhibare
    B. Aglutinare
    C. Fixare a complementului
    D. De neutralizare
    E. ELIZA

20. Pentru izolarea virusului gripal în debutul bolii de copii se iau prelevate din:
    A. Spălaturi nazofaringiene
    B. Secreţii nazale
    C. Sânge
    D. Urină
    E. Materii fecale

21. În gripă la copii, paracetamolul este indicat cu scopul de a:
    A. Combate febra
    B. Preveni complicaţiile
    C. Diminua cefaleea
    D. Micşora durerile musculare
    E. Uşura tusea

22. Semnele de reper în sindromul bronhoobstructiv în gripă la copii sunt:
    A. Dispnee inspiratorie
    B. Tuse neproductivă
    C. Dispnee expiratorie
    D. Cianoză periorală
    E. Tuse lătrătoare

23. Sindromul hemoragic în gripă la copii se manifestă prin:
    A. Epistaxis
    B. Erupţii maculopapuloase
    C. Angioame stelate, gingivoragii

D. Sindromul CID
E. Erupţii hemoragice pe pielea feţei şi pe mucoase

24. Sindromul cataral în gripă la copii apare peste 1–2 zile de la debut şi se manifesta prin:
A. Nas înfundat
B. Eliminări nazale seroase, sărace
C. Tuse spasmodică
D. Rinoree abundentă
E. Tuse uscată

25. Enumeraţi formele atipice în gripă la copii:
A. Hipertoxică
B. Frustă
C. Anicterică
D. Subclinică
E. Dispeptică

26. Care afirmaţii privind remantadina nu sunt corecte?
A. Este activă faţa de herpes virus
B. Este eficace în tratamentul şi profilaxia gripei cu virusul gripal tip A
C. Este eficace în profilaxia gripei cu virusul tip B
D. Poate fi administrată copilulul mic
E. Este contraindicată pacienţilor cu epilepsie

27. Selectaţi simptomele comune pentru gripă şi febra tifoidă în perioada acută a bolii:
A. Hepatosplenomegalie
B. Febră
C. Simptomul Padalca
D. Cefalee, adinamie
E. Intoxicaţie pronunţată

28. Gripa la sugari decurge grav în caz de:
A. Alimentaţie naturală
B. Suprainfecţie virobacteriană
C. Complicaţii purulente
D. Condiţii habituale nefavorabile
E. Premorbid nefavorabil

29. Indicaţi complicaţiile specifice în gripă la copii:
A. Sindromul Reye
B. Prolaps rectal

C. Encefalită
D. Ulceraţie a frenulului lingual
E. Poliradiculoneuropatie

PARAGRIPA

Compliment simplu

1. Virusurile paragripale afectează mai frecvent mucoasa:
   A. Nasului
   B. Faringelui
   C. Amigdalelor
   D. Laringelui
   E. Bronhiilor
2. Copiii cărei grupe de vârstă sunt cel mai afectaţi de virusurile paragripale?
   A. Nou-născuţii
   B. Copiii mici
   C. Elevii
   D. Adolescenţii
   E. Sugarii
3. Care simptom este considerat „satelitul” principal al paragripei la copii?
   A. Limfoadenopatie generalizată
   B. Amigdalită lacunară
   C. Tuse lătrătoare
   D. Splenomegalie
   E. Febră
4. În care infecţie respiratorie acută se declanşează mai des sindromul de crup?
   A. Gripă
   B. Paragripă
   C. Adenoviroze
   D. Rinoviroze
   E. Micoplasmoze

5. Laringita acută stenozantă primară la copii se instalează cel mai frecvent în:
   A. Rujeolă
   B. Rubeolă
   C. Infecţia meningococică
   D. Paragripă
   E. Pertussis

Compliment multiplu

1. Care afirmaţii privind paragripa la copii sunt corecte?
   A. Subfebrilitate sau febră (38,5ºC), 3–5 zile
   B. Afectarea conjunctivelor
   C. Semne toxice generale moderate
   D. Afectarea laringelui (sindrom de crup)
   E. Afectarea ficatului, splinei
2. Sindromul cataral în paragripă la copii se manifestă prin:
   A. Tuse uscată, zgomotoasă
   B. Dureri în gât, nas înfundat
   C. Secreţii nazale seroase
   D. Dureri retrosternale chinuitoare
   E. Raluri umede, buloase mici în pulmoni
3. În paragripa de formă tipică cele mai frecvente manifestări sunt:
   A. Febra (38–39ºC), intoxicaţia moderată
   B. Stenoza laringiană
   C. Catarul respirator
   D. Edemul cervical
   E. Erupţiile cutanate
4. Simptomele caracteristice stenozei laringiene în paragripă sunt:
   A. Depuneri membranoase pe amigdale
   B. Debut lent
   C. Tuse lătrătoare
   D. Dispnee inspiratorie
   E. Tiraj intercostal

5. În paragripă la copii se pot declanşa următoarele complicaţii:
   A. Pneumonia
   B. Hepatita
   C. Anemia hemolitică
   D. Otita
   E. În zilele 5–6 de boală – stenoza laringiană (crup tardiv)

6. Paragripa trebuie diferenţiată de:
   A. Difteria laringiană
   B. Corp străin în laringe
   C. Tusea convulsivă
   D. Meningită
   E. Oreion

7. Sindroamele posibile în paragripă la copii sunt următoarele:
   A. Bronhoobstructiv
   B. De crup
   C. Cataral
   D. Limfoadenopatie
   E. Eruptiv

ADENOVIROZELE

Compliment simplu

1. Care grupă de ganglioni limfatici preponderent se afectează în adenoviroze la copii?
   A. Occipitali
   B. Diafragmali
   C. Cervicali
   D. Submaxilari
   E. Inghinali

2. Simptomul cel mai caracteristic în adenoviroze la copii este:
   A. Urticarii cutanate
   B. Hemoragii nazale
   C. Hipertensiune arterială
   D. Conjunctivită membranoasă
   E. Emfizem pulmonar

3. Adenoviroza la sugari se deosebeşte de alte infecţii respiratorii virale prin:
   A. Tusea uscată
   B. Diaree
   C. Limba „geografică”
   D. Şoc toxiinfecţios
   E. Pancreatită

4. Tabloul clinic al adenovirozei se manifestă prin următoarele, cu excepţia:
   A. Febră îndelungată
   B. Semne toxice generale moderate
   C. Semne respiratorii
   D. Limfoadenopatie
   E. Erupţii hemoragice

5. Care simptom confirmă prezenţa adenovirozei şi nu se întâlneşte în mononucleoza infecţioasă?
   A. Adenopatia generalizată
   B. Angina
   C. Obstrucţia nazală
   D. Hepatosplenomegalia
   E. Conjunctivita

6. Reproducerea adenovirusurilor nu este posibilă în:
   A. Mucoasa bronhiilor
   B. Ţesutul limfatic
   C. Parenchimul rinichilor, în ficat
   D. Mucoasa căilor respiratorii superioare
   E. Mucoasa organelor genitale

Complement multiplu

1. Adenovirusurile pătrund în organismul copilului prin:
   A. Tegumentele lezate
   B. Mucoasele tractului digestiv
   C. Mucoasele căilor respiratorii
   D. Sânge
   E. Conjunctive
2. Adenovirusurile afectează ţesutul glandular, realizând următoarele:
   A. Limfadenita mezenterică
   B. Amigdalita
   C. Adenoidita
   D. Parotidita
   E. Pancreatita
3. Care complicaţii sunt mai frecvente în adenoviroze la copii?
   A. Sinuzita
   B. Pancreatita
   C. Otita
   D. Pneumonia
   E. Limfadenita cervicală
4. Febra faringoconjunctivală în adenoviroze la copii se manifestă prin:
   A. Febră îndelungată, ondulantă
   B. Semne meningiene pozitive
   C. Faringită granuloasă
   D. Conjunctivită foliculară
   E. Limbă „zmeurie”

5. Indicaţi sindroamele adenovirozei la copii:
   A. Colestatic
   B. Catar respirator
   C. Conjunctivită pseudomembranoasă
   D. Febră faringoconjunctivală
   E. Stomatită aftoasă

6. Diagnosticul diferenţial în adenoviroze la copii se face cu:
   A. Angina herpetică enterovirală
   B. Angina difterică
   C. Cheratita herpetică
   D. Tusea convulsivă
   E. Helmintiaze

7. Simptomele clinice de bază în adenoviroze sunt:
   A. Febră
   B. Catar respirator cu secreţii abundente
   C. Cefalee pronunţată
   D. Dermografism roşu
   E. Conjunctivită

8. Indicaţi particularităţile adenovirozei la sugari:
   A. Obstrucţie nazală
   B. Conjunctivită catarală
   C. Diaree
   D. Tulburări funcţionale ale glandelor sudoripare
   E. Erupţii rozeolice

9. Semne de reper în adenoviroze la copii:
   A. Dureri în centură, vome repetate
   B. Debut subacut cu catar respirator progresiv
   C. Semne toxice generale moderate
   D. Tuse uscată
   E. Caracterul exudativ al inflamaţiei

10. În tratamentul copiilor cu adenoviroză la domiciliu sunt indicate:
   A. Dezoxiribonucleoza (0,05%, picături) – în nas şi în ochi
   B. Paracetamol, în caz de febră (38ºC şi mai mult)
   C. Băuturi calde
   D. Remantadină
   E. Metronidazol

INFECŢIA CU VIRUSUL SINCIŢIAL RESPIRATOR (RS-VIRUS)

Complement simplu

1. Infecţia cu RS-virus decurge sever la:
   - A. Sugari
   - B. Preşcolari
   - C. Şcolari
   - D. Adolescenţi
   - E. Copiii mici (1–3 ani)
2. RS-virus posedă afinitate către:
   - A. Căile respiratorii superioare
   - B. Caile respiratorii inferioare
   - C. Aparatul urogenital
   - D. Tractul digestiv
   - E. Sistemul cardiovascular
3. Tabloul clinic în infecţia cu RS-virus la copii include următoarele, cu excepţia:
   - A. Tuse seacă intensă
   - B. Subfebrilitate
   - C. Tuse spasmodică în accese cu reprize
   - D. Respiraţie nazală dificilă
   - E. Dispnee preponderent expiratorie
4. Formele grave ale infecţiei cu RS-virus sunt determinate de:
   - A. Insuficienţa cardiovasculară
   - B. Insuficienţa respiratorie
   - C. Insuficienţa suprarenală
   - D. Insuficienţa renală
   - E. Insuficienţa hepatică
5. Pronosticul în infecţia cu RS-virus este favorabil la:
   - A. Sugari
   - B. Copiii imunodeprimaţi

C. Nou-născuţi
D. Şcolari
E. Copiii cu boli cardiace congenitale

6. Tratamentul infecţiei cu RS-virus (formă severă) include:
A. Simptomatice
B. Antivirale
C. Spitalizare şi terapie intensivă
D. Multivitamine
E. Coleretice

7. Infecţia cu RS-virus necesita să fie diferenţiată de următoarele maladii, cu excepţia:
A. Tuse convulsivă
B. Infecţie meningococică
C. Adenoviroze
D. Micoplasmoză
E. Gripă

Complement multiplu

1. Infecţia cu RS-virus se manifesta prin:
A. Febră malignă
B. Tuse insistentă, cu accese, durabilă
C. Semne catarale discrete
D. Dispnee expiratorie cu tiraj intercostal
E. Limfoadenopatie

2. În infecţia cu RS-virus la copiii mici se declanşează:
A. Sindromul eruptiv
B. Sindromul bronhoobstructiv
C. Mielita
D. Pneumonia
E. Bronşiolita

3. Enumeraţi maladiile de care trebuie diferenţiată infecţia cu RS-virus:
A. Adenoviroze
B. Pertussis
C. Micoplasmoză
D. Herpes simplex
E. Infecţia urleană

4. Infecţia cu RS-virus la nou-născuţi şi prematuri se manifestă prin:
   A. Debut brusc
   B. Debut treptat, cu t° normală sau subfebrilă
   C. Tuse insistentă, cu accese
   D. Vome incoiercibile
   E. Complicaţii precoce (pneumonie)

5. Tabloului clinic al infecţiei cu RS-virus îi sunt caracteristice:
   A. Eliminări nazale abundente
   B. Tusea persistentă, chinuitoare
   C. Conjunctivita bilaterală
   D. Febră sau subfebrilitate
   E. Dispnee expiratorie, tahipnee

6. În infecţia cu RS-virus la copii, hemoleucograma poate atesta:
   A. Leucocitoză
   B. Limfopenie
   C. Leucopenie
   D. Limfocitoză
   E. VSH normal sau uşor accelerată

7. Semnele clinice de reper pentru infecţia cu RS-virus la copii sunt:
   A. Debut subacut cu subfebrilitate
   B. Mialgii
   C. Catar respirator moderat
   D. Declanşarea vertiginoasă a insuficienţei respiratorii
   E. Rash tegumentar

8. Care simptome sunt caracteristice bronşiolitei în infecţia cu RS-virus la copii?
   A. Dispnee pronunţată
   B. Percutor – sunet „de cutie"
   C. Raluri crepitante
   D. Cianoză, acrocianoză
   E. Tuse bitonală

9. Terapia de urgenţă la etapa prespitalicească, în formele grave ale infecţiei cu RS-virus, include:
   A. Oxigen umectat
   B. Bronholitice (salbutamol)
   C. Antivirale
   D. Antibiotice i/m
   E. Multivitamine

10. Care stări indică spitalizarea urgentă a pacientului mic infectat cu RS-virus?
   A. Dispnee – peste 60 respiraţii pe minut
   B. Accese de asfixie, sincope
   C. Tirajul cutiei toracice
   D. Semne catarale moderate
   E. Tuse uscată frecventă

11. Principiile de tratament ale infecţiei cu RS-virus formă severă sunt:
   A. Spitalizare imediată în secţia de terapie intensivă
   B. Eubiotice
   C. Enzimoterapia
   D. Bronholitice cu acţiune rapidă
   E. Prednisolon

ENTEROVIROZELE

Complement simplu

1. Veziculele în herpangina enterovirală la copii se localizează pe:
   A. Mucoasa bucală
   B. Mucoasa limbii
   C. Mucoasa gingiilor
   D. Mucoasa arcurilor palatine, uvulă
   E. Mucoasa faringiană

2. Lichidul cefalorahidian în meningita enterovirală prezintă:
   A. Albuminorahie între 3 şi 5 g/l
   B. Pleiocitoză neutrofilică
   C. Pleiocitoză limfocitară
   D. Pleiocitoză mixtă
   E. Glucorahie scăzută

3. Angina în infecţia enterovirală la copii este:
   A. Lacunară
   B. Foliculară
   C. Herpetică
   D. Necrotică

E. Membranoasă

4. Care simptom nu este caracteristic meningitei enterovirale la copii?
   A. Febra
   B. Tusea productivă
   C. Cefaleea
   D. Redoarea cefei
   E. Semnele meningiene pozitive

5. Corticoterapia în infecţiile enterovirale se va indica copiilor cu:
   A. Angină herpetică
   B. Mialgie epidemică
   C. Meningoencefalită
   D. Hepatită
   E. Diaree

6. Enterovirusurile fac parte din familia:
   A. Adenoviridae
   B. Picornaviridae
   C. Herpesviridae
   D. Ortomyxoviridae
   E. Paramyxoviridae

7. Vârsta copiilor predispuşi la enteroviroze:
   A. Până la 3 luni
   B. 1–2 ani
   C. 3–10 ani
   D. 10–14 ani
   E. După 14 ani

8. Agentul etiologic al herpanginei este:
   A. Virusul Coxsackie A
   B. Poliovirusul
   C. Virusul citomegalic
   D. Virusul Epstein-Barr
   E. Virusul varicelozosterian

9. Care afirmaţie privind enterovirozele la copii nu este corectă?
   A. Sursa de infecţie o constituie bolnavii cu forme clinice manifeste, fruste, asimptomatice şi purtătorii de virusuri.
   B. Se transmit prin contact direct pe cale digestivă şi aeriană.

C. Se transmit prin contact indirect.
D. Se transmit transplacentar.
E. Se transmit parenteral.

10. Care afirmaţie privind tabloul clinic al enterovirozelor nu este corectă?
A. Debutul bolii acut, febră, cefalee, vome repetate
B. Hiperemia tegumentelor (faţa, gâtul, trunchiul), injectarea sclerelor
C. Hiperemia mucoaselor, granulaţie fină pe stâlpii amigdalieni şi uvulă
D. Erupţii hemoragice cu margini neregulate, cu necroze
E. Ganglionii limfatici puţin măriţi, nedureroşi

11. Pentru forma paralitică în enteroviroze la copii nu este caracteristic:
A. Paralizia apare brusc, pe neaşteptate
B. Paralizia este flască
C. Tonusul muscular redus
D. Reflexele osteotendinoase sunt exagerate
E. Sensibilitatea nemodificată

12. Una din afirmaţiile privind meningita enterovirală la copii este greşită:
A. Debut acut, brusc, febră (39,0–40,0°C)
B. Cefalee, vome repetate, convulsii
C. Semne meningiene pozitive
D. Pleiocitoză (200–300 celule/mm^3)
E. Glucorahie micşorată

13. Precizaţi afirmaţia incorectă privind herpangina la copii.
A. Evoluează în asociere cu alte forme clinice.
B. Din primele zile de boală apar vezicule cu diametrul de 1–2 mm.
C. Veziculele sunt localizate pe stâlpii amigdalieni, uvulă, amigdale.
D. Veziculele sunt localizate pe mucoasele obrajilor, gingiilor, palatului moale şi palatului dur.
E. Veziculele ulcerează rapid, formând eroziuni superficiale, cu vindecare în 2–5 zile.

14. Una din afirmaţiile privind forma intestinală în enteroviroze la copii este greşită:
A. Caracteristică pentru copiii mai mari şi adolescenţi
B. Debut acut cu febră
C. Asociată cu sindrom cataral
D. Scaune diareice (5–10 ori/zi), apoase, nedigerate
E. Colita nu este caracteristică

15. Precizaţi afirmaţia incorectă privind diagnosticul paraclinic în enteroviroze:

A. Puncţia lombară
B. Examene virusologice (LCR, secreţii orofaringiene, materii fecale)
C. Hemocultura
D. Reacţia de hemaglutinare indirectă
E. Reacţia de fixare a complementului

16. O afirmaţie privind conjunctivita hemoragică acută în enteroviroze la copii nu este corectă:
    A. Debut acut, în asociere cu alte forme clinice
    B. Dureri pronunţate în ochi, lacrimaţie, fotofobie
    C. Edem palpebral pronunţat, hemoragii conjunctivale
    D. Eliminări seroase, apoi purulente
    E. Membrane fibrinoase pe conjunctive

17. Precizaţi indicaţia incorectă în tratamentul enterovirozei necomplicate:
    A. Antibiotice
    B. Analgezice
    C. Antipiretice
    D. Antiinflamatoare
    E. Antihistamine

18. Precizaţi afirmaţia incorectă privind enteroviroza congenitală:
    A. Malformaţii congenitale apar când enteroviroza a survenit la gravidă în primele luni de sarcină.
    B. Decesul sau infecţia congenitală apare când enteroviroza a survenit la gravidă în ultimele luni de sarcină.
    C. La infectarea intrauterină infecţia se manifestă prin miocardită, encefalomiocardită, encefalomielită, hepatită.
    D. Semnele clinice sunt depistate la naştere sau în primele zile de viaţă.
    E. Evoluţia bolii este favorabilă.

19. Precizaţi afirmaţia incorectă privind enteroviroza la nou-născuţi şi copiii mici:
    A. Sunt forme asimptomatice sau grave generalizate
    B. Evoluţie uşoară la copiii născuţi de mame cu anticorpi specifici IgG la enterovirusuri
    C. Evoluţie gravă la copiii născuţi de mame cu anticorpi specifici IgG la enterovirusuri
    D. Evoluţie gravă la prematuri
    E. Evoluţie gravă la copiii cu afectarea SNC şi alte anomalii de dezvoltare

Complement multiplu

1. Simptomele caracteristice formei paralitice în enteroviroze la copii sunt:
   A. Paraliziile se instalează brusc, pe neaşteptate
   B. Atonia musculară
   C. Paralizii flasce
   D. Reflexe osteotendinoase exagerate
   E. Convulsii
2. Semnele clinice ale herpanginei enterovirale la copii sunt:
   A. Febra
   B. Dureri în gât
   C. Depuneri albicioase pe amigdale
   D. Semnul Filatov-Koplik
   E. Vezicule, eroziuni pe arcurile palatine, uvulă
3. Mialgia epidemică enterovirală la copii se caracterizează prin:
   A. Atonie musculară
   B. Durata crizelor algice de la 30 secunde până la câteva minute
   C. Reflexe osteotendinoase abolite
   D. Dureri musculare toracice şi abdominale puternice, durabile
   E. Febră (38,0–40,0°C)
4. În infecţia enterovirală la nou-născuţi şi sugari se pot întâlni următoarele forme clinice:
   A. Forma abdominală
   B. Mialgia epidemică
   C. Encefalomiocardita
   D. Exantemul enteroviral
   E. Forma paralitică
5. În enteroviroze la copii, formele clinice cu afectarea predominantă a sistemului nervos sunt:
   A. Mielita
   B. Meningita
   C. Poliradiculoneuropatia
   D. Encefalita
   E. Forma paralitică
6. Infecţia enterovirală congenitală la nou-născuţi se manifestă prin:
   A. Mezadenită
   B. Miocardită
   C. Encefalomiocardită
   D. Hepatită

E. Pancreatită

7. Terapia encefalomiocarditei enterovirale la nou-născuţi include:
   A. Antivirale
   B. Analgetice
   C. Anticonvulsive
   D. Corticosteroizi
   E. Glucozide cardice

8. Precizaţi afirmaţiile corecte privind enteroviroza la nou-născuţi:
   A. Semne clinice manifeste
   B. Mialgie epidemică
   C. Complicaţii bacteriene frecvente
   D. Evoluţie trenantă
   E. Disfuncţie intestinală

9. Sindroamele clinice de bază în enteroviroze la copii sunt:
   A. Pneumonia
   B. Angina herpetică
   C. Diareea
   D. Meningita
   E. Neurotoxicoza

10. Angina herpetică la copii poate fi produsă de:
   A. Virusul Herpes simplex tip I
   B. Virusul Coxsackie A
   C. Virusul varicelo-zosterian
   D. Virusurile ECHO
   E. Virusul Coxsackie B

11. Angina herpetică la copii se caracterizează prin:
   A. Debut brusc, cu febră, dureri în gât
   B. Erupţii veziculoase pe arcurile palatine, uvulă
   C. Vezicule mici cu diametrul de 1–2 mm, care lasă ulceraţii mici
   D. Depozite pseudomembranoase pe amigdale
   E. Vezicule pe mucoasa bucală, limbă

12. Forme clinice în enteroviroze, cu afectarea preponderentă a mucoaselor şi a pielii la copii, sunt:
   A. Febra enterovirală
   B. Herpangina
   C. Miocardita
   D. Exantemul enteroviral

E. Forma catarală

13. Forme clinice în enteroviroze, cu afectarea preponderentă a muşchilor la copii, sunt:
    A. Mialgia epidemică
    B. Miocardita
    C. Encefalomiocardita nou-născutului
    D. Herpangina
    E. Meningita seroasă

14. Consecinţele uveitei în enteroviroză la copii sunt:
    A. Distrofia iriană (gr. III–IV)
    B. Cataracta uveală
    C. Subatrofia globului ocular
    D. Diplopie
    E. Strabism

15. Lichidul cefalorahidian în meningita enterovirală este:
    A. Hipertensiv
    B. Cu albuminorahie uşor crescută
    C. Tulbure
    D. Cu pleiocitoză neutrofilă
    E. Cu pleiocitoză limfocitară

16. Testele paraclinice de diagnostic al enterovirozelor sunt:
    A. Bacteriologice
    B. Virusologice
    C. Reacţia de imunofluorescenţă
    D. Hemoleucograma
    E. Serologice

17. Meningita seroasă în enteroviroze la copii se caracterizează prin:
    A. Debut acut cu febră (39,0–40,0°C)
    B. Cefalee, vome repetate
    C. Semne meningiene pozitive
    D. Erupţii hemoragice pe membrele inferioare
    E. Semne de deshidratare severă

18. Caracterul erupţiilor în exantemul enteroviral la copii:
    A. Erupţii polimorfe
    B. Scarlatiniform
    C. Rubeoliform

D. Pustule
E. Vezicule

19. Locurile de acumulare primară a enterovirusurilor:
    A. Mucoasele căilor respiratorii superioare
    B. Meningele
    C. Ganglionii limfatici periferici
    D. Mucoasele tractului degestiv
    E. Mucoasele căilor respiratorii inferioare

20. Precizaţi semnele clinice ale encefalomiocarditei enterovirale la nou-născuţi:
    A. Hipertermie, somnolenţă, vome, anorexie
    B. Tahicardie, aritmie, zgomote cardiace asurzite, suflu sistolic
    C. Dispnee, cianoză
    D. Splenomegalie
    E. Semne de deshidratare severă

21. Precizaţi afirmaţiile corecte privind encefalomiocardita enterovirală.
    A. Este provocată de virusurile Coxsackie B.
    B. Este răspândită la nou-născuţi şi copiii mici în primele luni de viaţă.
    C. Transmiterea infecţiei poate fi transplacentară.
    D. Evoluează uşor.
    E. Cazuri letale nu se înregistrează.

22. Precizaţi afirmaţiile corecte privind febra enterovirală la copii.
    A. Este cea mai rară formă clinică a infecţiei enterovirale.
    B. Este cea mai frecventă formă clinică a infecţiei enterovirale.
    C. Poate fi produsă de diverse serotipuri ale virusurilor Coxsackie şi ECHO.
    D. Debut acut, cu febră, cefalee, semne respiratorii moderate; maladia durează 2–4 zile.
    E. Diagnosticul clinic se stabileşte uşor.

23. Precizaţi afirmaţiile corecte privind forma intestinală în enteroviroze la copii.
    A. Este caracteristică pentru sugari.
    B. Debutul este acut, cu febră şi catar respirator.
    C. Concomitent, apar scaune diareice (5–10 ori/zi), apoase, nedigerate.
    D. Este caracteristică colita.
    E. Boala durează 2–4 zile.

24. Prin metoda virusologică, în enteroviroze se testează:

A. Sputa
B. Lichidul cefalorahidian
C. Secreţiile orofaringiene
D. Materiile fecale
E. Urina

25. Semnele clinice caracteristice tuturor formelor clinice în enteroviroze la copii sunt:
A. Debut acut, brusc, febră (39,0–40,0°C)
B. Cefalee, vertij, slăbiciune, inapetenţă, vome repetate
C. Hiperemia tegumentelor (faţă, gât, trunchi), injectarea sclerelor
D. Membrane false pe amigdale
E. Ganglionii limfatici cervicali tumefiaţi, dureroşi

26. Precizaţi afirmaţiile corecte privind angina herpetică în enteroviroze la copii.
A. Pe amigdale, stâlpii amigdalieni, uvulă apar vezicule mici, cu arie de hiperemie în jur.
B. Pe mucoasa obrajilor, gingiilor, palatului moale şi palatului dur apar vezicule.
C. Mucoasa bucală este edemaţiată, eritematoasă.
D. Veziculele ulcerează rapid, formând eroziuni superficiale.
E. Eroziunile se vindecă complet în 2–5 zile.

27. Precizaţi afirmaţiile greşite privind forma intestinală în enteroviroze.
A. Este caracteristică preponderent pentru sugari
B. Debut acut, cu febră, catar respirator
C. Tenesme, chemări false
D. Este caracteristică pentru copiii mari
E. Scaune mucosangvinolente

28. Precizaţi afirmaţiile corecte privind enterovirozele:
A. Receptivitatea copiilor este mare.
B. Sunt foarte contagioase şi se răspândesc uşor în colectivele de copii.
C. Copiii până la 3 luni posedă imunitate transplacentară.
D. Morbiditatea maximă se înregistrează iarna.
E. Există imunitate încrucişată.

29. Precizaţi afirmaţiile corecte privind hepatita în enteroviroze:
A. Se depistează frecvent
B. Apare pe fond de febră, hiperemia tegumentelor, mucoaselor orofaringiene, cefalee, vome
C. Hepatomegalie, icter
D. Evoluţie uşoară
E. Evoluţie trenantă sau cronică

POLIOMIELITA

Complement simplu

1. În poliomielită la copii, leziunile inflamatoare în nevrax includ:
   - A. Edem
   - B. Infiltraţie celulară cu limfocite
   - C. Infiltraţie celulară cu plasmocite
   - D. Hiperemie
   - E. Toate cele enumerate

2. Pentru stadiul preparalitic în poliomielită nu este caracteristic:
   - A. Revenirea febrei
   - B. Pierderea cunoştinţei
   - C. Mialgii, artralgii
   - D. Hiperestezie cutanată
   - E. Sindrom meningian

3. În evoluţia poliomielitei formelor paralitice se disting următoarele perioade, cu excepţia:
   - A. Preparalitică
   - B. Paralitică
   - C. De retrocedare a paraliziilor
   - D. De sechele (reziduală)
   - E. Preeruptivă

4. Care simptom nu este caracteristic poliomielitei forma pontină?
   - A. Lagoftalm
   - B. Colţul gurii lăsat în jos
   - C. Faţă asimetrică
   - D. Lăcrimare
   - E. Sensibilitate normală

5. În poliomielită, paraliziile flasce apar în perioada:
   - A. Prodromală
   - B. Preparalitică
   - C. De retrocedare a bolii
   - D. Paralitică
   - E. De sechele

6. Poliomielita cu afecţiuni ale sistemului nervos central se numeşte:
A. Atipică
B. Abortivă
C. Aparalitică
D. Inaparentă
E. Meningiană

7. Poliomielita la copii, în perioada paralitică, trebuie diferenţiată de următoarele boli, cu excepţia:
A. Meningite
B. Traumatism cranio-cerebral
C. Sindrom Guillan-Barre
D. Mielită transversă
E. Neurotoxicoză

8. În poliomielită la copii, prima ascensiune febrilă apare în perioada:
A. Latentă
B. „Boli majore"
C. Prodromală
D. De sechele
E. De recuperare

9. Lichidul cefalorahidian în poliomielită atestă:
A. Pleiocitoză neutrofilică
B. Albuminorahie crescută
C. Glucorahie scăzută
D. Pleiocitoză limfocitară foarte mare
E. Pleiocitoză mixtă

10. Sechelele durabile ale poliomielitei paralitice pot fi ameliorate prin următoarele tratamente, cu excepţia:
A. Tratament ortopedic
B. Tratament chirurgical
C. Tratament cu antivirale
D. Tratament fizioterapeutic
E. Cinetoterapie

11. Care afirmaţie privitor la eradicarea poliomielitei nu este corectă?
A. Vaccinarea cu VPO a peste 95% din copii
B. Asigurarea cu doze de VPO suplimentare în cadrul Zilei Naţionale de Imunizare
C. Instituirea campaniilor de vaccinare din „casă în casă" în localităţile cu risc crescut de poliomielită

D. Vaccinarea cu 3 doze de VPO a copilului sub un an
E. Raportarea imediată a tuturor cazurilor de paralizie acută flască

12. Diagnosticul poliomielitei poate fi confirmat prin izolarea virusului polio din următoarele materiale biologice, cu excepţia:
A. Materii fecale
B. Spălături nazofaringiene
C. Sânge
D. Urină
E. Lichid cefalorahidian

13. Muşchii cel mai frecvent afectaţi în poliomielită sunt:
A. Deltoid
B. Spinali
C. Tibiali anteriori şi posteriori
D. Ai şanţurilor vertebrale
E. Toţi cei nominalizaţi

14. Curba temperaturii cu 2 cocoaşe (ascensiuni) de tip „dromader” se atestă în:
A. Rubeolă
B. Varicelă
C. Poliomielită
D. Difterie
E. Pertussis

15. Care afirmaţie privind poliomielita nu este corectă?
A. Agentul cauzal nu este virus
B. Afectează copiii
C. Sindroamele respirator şi abdominal slab pronunţate
D. Nu lasă sechele
E. Paraliziile flasce urmate de atrofie musculară

16. În care maladie paraliziile flasce sunt simetrice şi distale?
A. Poliomielita
B. Nevrita traumatică
C. Mielita transversă
D. Sindromul Guillain-Barre
E. Infecţia enterovirala Coxackie

Complement multiplu

1. Poliomielita mai este numită şi:
   A. Paralizie infantilă
   B. Infecţie cu enterovirusuri tip 70
   C. Boala Heine-Medin
   D. Sindromul Guillain-Barre
   E. Poliomielită epidemică acută

2. În patogenia poliomielitei deosebim următoarele stadii:
   A. Digestivă (perioada de incubaţie)
   B. De viremie (perioada prodromală)
   C. Persistenţei virale
   D. De invazie
   E. Complicaţiilor bacteriene

3. Evoluţia poliomielitei tipice cuprinde perioadele:
   A. Preparalitică
   B. Eruptivă
   C. Paralitică
   D. Convulsivă
   E. De restabilire incompletă a paraliziilor

4. Paraliziile în poliomielită sunt:
   A. Simetrice
   B. Apar treptat
   C. Asimetrice
   D. Flasce
   E. Nu progresează după 2–3 zile de la debut

5. În poliomielită, virusul afectează mai frecvent neuronii (analizatorii) motorii din:
   A. Coarnele anterioare ale măduvei spinării
   B. Coarnele posterioare ale măduvei spinării
   C. Trunchiul cerebral
   D. Cortex
   E. Hipotalamus

6. Forma paralitică a poliomielitei poate avea drept consecinţe:
   A. Pneumonie
   B. Paralizia muşchilor (intercostali, diafragmali)

C. Invaliditate
D. Deces
E. Insuficienţă renală

7. În poliomielită, forma spinală se manifestă prin:
A. Apariţia acută a paraliziilor timp de 1–48 ore
B. Paralizii asimetrice
C. Paraliziile membrelor (foarte des)
D. Lipsa sensibilităţii
E. Lipsa sindromului algic în extremităţi

8. În poliomielită se dezvoltă paralizii flasce ale:
A. Membrelor inferioare şi superioare
B. N. facial
C. Nervilor intercostali şi a diafragmei
D. Laringelui
E. Glotei

9. Care teste de laborator confirmă diagnosticul de poliomielită?
A. Analiza genomica a tulpinilor viralepolio
B. Reacţia de neutralizare
C. Reacţia de aglutinare
D. Reacţia de fixare a complementului
E. Reacţia de imunofluorescenţă

10. Enumeraţi maladiile pentru diferenţierea poliomielitei paralitice:
A. Mielita acută transversă
B. Sindromul Guilland-Barre
C. Paralizii cu virusurile ECHO, Coxsackie
D. Encefalopatia perinatală
E. Pertussis

11. Indicaţi formele neparalitice în poliomielită:
A. Formele asimptomatice sau inaparente
B. Forma abortivă
C. Forma meningiană
D. Forma artralgică
E. Forma anginoasă

12. În poliomielită se pot declanşa complicaţii de tipul:

A. Ruptura splinei
B. Pulmonare: edem pulmonar, atelectazii
C. Cardiovasculare: miocardită
D. Digestive: atonie gastrică, ileus paralitic
E. Anemie hemolitică

13. Retrocedarea şi recuperarea paraliziilor în poliomielită:
A. Încep după 10–14 zile de la debut
B. Încep în debutul bolii minore
C. Pot fi variate sechele definitive
D. Durează de la câteva luni până la 2–3 ani
E. Se termină cu vindecare completă în toate cazurile

14. În tratamentul poliomielitei sunt indicate:
A. Terapia cu corticosteroizi
B. Terapia simptomatică
C. Mediatorii anticolinesterazici (prozerină, galantamină)
D. Terapia etiologică
E. Cinetoterapia

15. Care afirmaţii reprezintă momente-cheie în poliomielită?
A. Este cauzată de un virus foarte contagios, ce se transmite pe cale fecal-orală.
B. Nu există metode specifice de profilaxie.
C. La un caz de paralizie polio revin circă 100 persoane infectate cu virusul polio, care nu dezvoltă semne de boală.
D. Singura metodă recomandată pentru prevenirea maladiei este vaccinarea.
E. Există metode specifice de tratare a poliomielitei.

16. Paraliziile acute flasce, asemănătoare celor în poliomielită, se pot declanşa în infecţiile cu:
A. Virusul Coxsackie B
B. Virusul ECHO
C. Enterovirusul tip 70
D. Corynebacterium diphteriae mitis netoxigen
E. Neisseria meningitidis

17. Simptomele clinice de bază în faza preparalitică a poliomielitei sunt:
A. Febră, cefalee
B. Dureri musculare spontane
C. Semne meningiene pozitive
D. Paralizie de nervi cranieni

E. Pierderea cunoştinţei

18. Variantele formei paralitice a poliomielitei mai frecvent întâlnite la copii sunt:
    A. Spinală
    B. Poliencefalitică
    C. Bulbară
    D. Forme mixte
    E. Forma cu paralizii faciale de tip periferic

19. În poliomielită, forma bulbospinală, care din stările enumerate agravează pronosticul?
    A. Insuficienţa respiratorie
    B. Insuficienţa cardiovasculară
    C. Suprainfecţiile bacteriene în leziunile de decubit
    D. Insuficienţa hepatică
    E. Disbioza intestinală compensată

20. Particularităţile poliomielitei la sugari
    A. Forme grave
    B. Nu lasă sechele
    C. Forma bulbară şi poliencefalitică frecvente
    D. Sechele frecvente, invaliditate
    E. Forma abortivă frecventă

21. În care maladii paraliziile apar în primele 1-4 zile de la debut?
    A. Poliomielită
    B. Sindromul Guillain- Barre
    C. Nevrita traumatică
    D. Nevrita demielinizantă
    E. Mielita transversă

22. Diagnosticul poliomielitei formei subclinice se bazează pe:
    A. Date epidemiologice
    B. Investigaţii serologice
    C. Investigaţii virusologice a materiilor fecale
    D. Semne meningiene prezente
    E. Apariţia sechelelor

SHIGELOZA

Complement simplu

1. Inflamaţia mucoasei intestinale în shigeloză la copilul mic este:
   A. Eritematoasă, foliculară
   B. Fibrinoasă
   C. Erozivă
   D. Ulceroasă
   E. Polipoză

2. La etapa actuală, unica complicaţie specifică în shigeloză la sugar este:
   A. Perforaţia intestinului
   B. Hemoragia intestinală
   C. Anus prolabat
   D. Pneumonia
   E. Pielonefrita

3. În shigeloza acută la sugari cel mai caracteristic sindrom este:
   A. Colita
   B. Enterocolita
   C. Gastroenterita
   D. Neurotoxicoza
   E. Deshidratarea

4. Apreciaţi caracterul scaunelor în shigeloza tipică:
   A. Terci cu mucus
   B. Abundente, verzui, cu mucus
   C. Mucosangvinolente
   D. Lichide, nedigerate, albicioase
   E. Apoase, de culoare galben-aprins, prost digerate, cu puţin mucus

5. Forma inaparentă a shigelozei se deosebeşte de portaj de shigele prin:
   A. Febră
   B. Leucocitoză, neutrofilie
   C. Creşterea titrului de anticorpi specifici în RHAI
   D. Scaune frecvente, sangvinolente
   E. Scaune lichide, cu mucozităţi

6. Diareea cu scaune sangvinolente la copil este cel mai frecvent provocată de:
   A. Shigella
   B. Escherichia coli enteropatogenă
   C. Escherichia coli enterotoxigenă
   D. Salmonella
   E. Virusuri

7. Alegeţi sindromul cel mai frecvent în shigeloza la copilul în vârstă de până la un an:
   A. Hipopotasemie
   B. Respirator
   C. Hemocolită
   D. Enterocolită
   E. De deshidratare

8. Care tipuri de Shigella produc şi exotoxină?
   A. Sh. aonnei
   B. Sh. flexneri
   C. Sh. boydii
   D. Sh. Grigoriev-Shigae
   E. Sh. Lardge-Sachs

9. La ce vârstă copiii fac shigeloza mai frecvent?
   A. Până la 6 luni
   B. 6–12 luni
   C. 1–3 ani
   D. 3–7 ani
   E. 7–14 ani

10. Leziunile morfologice în shigeloză la copii sunt situate în:
   A. Stomac
   B. Ficat
   C. Pancreas
   D. Duoden
   E. Colon şi ileon

11. Pentru shigeloză, forma inaparentă, nu este caracteristic:
   A. Se înregistrează, de regulă, în focare familiale sau colectivităţi de copii
   B. Semnele clinice lipsesc
   C. Scaune mucosangvinolente
   D. Coprocultura pozitivă
   E. Creşterea titrului de anticorpi specifici de 4 şi mai mult ori

12. Pentru shigeloză, forma frustă, nu este caracteristic:
   A. Temperatura normală
   B. Semne de intoxicaţie moderate
   C. Dureri abdominale moderate
   D. Scaun lichid sau terciform, cu mucozităţi (1–2 ori/zi)
   E. Coprocultura pozitivă

13. Diagnosticul de shigeloză se confirmă prin:
   A. Coprocultură
   B. Hemocultură
   C. Urinocultură
   D. Probe biochimice
   E. Ecografia organelor abdominale

14. Evoluţia shigelozei la copii la etapa actuală:
   A. Predomină forme uşoare şi fruste
   B. Predomină forme grave
   C. Complicaţii frecvente
   D. Evoluţie trenantă şi cronică
   E. Letalitate crescută

15. Pentru invaginaţia intestinală, spre deosebire de shigeloză, la copii nu este caracteristic:
   A. Debut brusc, acut
   B. Febra (38,0–39,0°C)
   C. Colici abdominale
   D. Cantitatea scaunelor treptat se reduce la zero
   E. Tuşeul rectal indică sânge

16. Pentru apendicita acută la copii, spre deosebire de shigeloză, nu este caracteristic:
   A. Debut acut
   B. Febra (39,0–40,0°C)
   C. Limba uscată, saburală
   D. Dureri în regiunea iliacă dreaptă
   E. Scaune lichide sau terciforme

17. Tratamentul shigelozei la copii la domiciliu nu include:
   A. Rehidratarea orală
   B. Alimentarea dietetică
   C. Antibioterapia
   D. Corticosteroizi

E. Eubiotice

18. Antibioticele în tratamentul shigelozei la copii sunt indicate în:
   A. Starea de portaj de shigele
   B. Forma asimptomatică
   C. Forma frustă
   D. Forma dispeptică
   E. Forma medie sau gravă cu hemocolită

19. Nu se utilizează în tratamentul shigelozei la copii:
   A. Antibiotice
   B. Enzime digestive
   C. Antidiareice
   D. Eubiotice
   E. Vitamine

20. Pentru dispepsia alimentarăla copii, spre deosebire de shigeloză, nu este caracteristic:
   A. Febra
   B. Scaunele abundente, prost digerate, fără incluziuni patologice
   C. Lipsa colitei distale
   D. Disfuncţia intestinală de scurtă durată
   E. Disfuncţia intestinală dispare odată cu alimentaţia corectă

Complement multiplu

1. Particularităţile clinice şi de evoluţie ale shigelozei la sugar şi la copilul mic sunt următoarele:
   A. Predominarea sindromului toxic
   B. Predominarea sindromului diareic
   C. Prezenţa semnelor echivalente tenesmelor
   D. Hemocolita frecventă
   E. Vome incoercibile

2. Indicaţi particularităţile sindromului colitic la copilul mic:
   A. Tenesme evidente
   B. Echivalentele tenesmelor (faţa roşie, plânge, se screme, aduce picioruşele pe abdomen)
   C. Spasmul sigmoidian nu în toate cazurile
   D. Scaune abundente, fecaloide, nedigerate, verzui, cu mucus şi striuri de sânge
   E. Vome incoercibile

3. Criteriile generale de gravitate în shigeloză la copiii de vârstă fragedă sunt:
   A. Dereglările metabolice
   B. Dereglările cardiovasculare
   C. Hepatosplenomegalia
   D. Sindromul respirator
   E. Deshidratarea severă

4. În shigeloză la copii, complicaţiile specifice sunt:
   A. Stomatita
   B. Invaginaţia intestinală
   C. Prolapsul rectal
   D. Pneumonia
   E. Dismicrobismul intestinal

5. În shigeloză la copii, complicaţiile nespecifice sunt:
   A. Prolaps rectal
   B. Invaginaţia intestinală
   C. Pneumonia
   D. Otita medie
   E. Infecţia renourinară

6. Particularităţile patogeniei shigelozei la copilul mic sunt:
   A. Sistemul nervos central în toxemie suferă mai puţin
   B. Predomină afecţiunile intestinale – diareea invazivă
   C. În colon apar fenomene distructive
   D. De rând cu colonul este afectat şi intestinul subţire (enterocolită)
   E. Apare frecvent deshidratarea severă

7. Forma dispeptică a shigelozei la sugar se caracterizează prin:
   A. Debut acut
   B. Debut treptat, lent
   C. Scaune apoase, spumoase, nedigerate, fără mucozităţi şi striuri de sânge
   D. Lipsa vomelor
   E. Febră moderată

8. Shigeloza la copii poate realiza următoarele forme clinice atipice:
   A. Holeriformă
   B. Dispeptică
   C. Inaparentă (asimptomatică)
   D. Hipertoxică
   E. Tifoidică

9. Diareea invazivă la copii se înregistrează în:
   A. Shigeloză
   B. Salmoneloză
   C. Escherichioza cu Esch. enteroinvazive
   D. Rotaviroză
   E. Holeră

10. Shigeloza la copii la etapa actuală:
   A. Este produsă frecvent de Sh. Grigoriev-Shigae
   B. Predomină forme uşoare şi fruste
   C. Complicaţiile sunt excepţionale
   D. Letalitatea crescută
   E. Boala durează 2–5 zile

11. Sindromul digestiv în shigeloză la copii se manifestă prin:
   A. Greturi şi vome repetate
   B. Dureri epigastrice
   C. Dureri abdominale spastice, difuze
   D. Scaune abundente, cu mucus, uneori şi cu striuri de sânge
   E. Spasm sigmoidian în aprox. $^{1}/_{3}$ din cazuri

12. Leziunile patologice în shigeloză la sugari sunt situate în:
   A. Stomac
   B. Duoden
   C. Ileon şi colon
   D. Colonul sigmoidian
   E. Rect

13. Inflamaţia eritematoasă a rectosigmoidului în shigeloză la sugari se caracterizează prin:
   A. Hiperemia mucoasei, edem
   B. Infiltraţie leucocitară
   C. Secreţii serosangvinolente, cu descuamarea epiteliului intestinal şi glandular
   D. Exsudat fibrinos la nivelul zonelor inflamate
   E. Ulceraţii superficiale şi profunde în stratul submucos şi în cel muscular

14. Forma uşoară în shigeloză la copii se caracterizează prin:
   A. Debut acut, brusc, brutal
   B. Subfebrilitate (37,5–38°C) de scurtă durată
   C. Vome unice sau absente
   D. Scaune de 5–10 ori/zi, fecaloide, cu mucus

E. Semne de deshidratare pronunţată

15. Forma medie în shigeloză la copii se caracterizează prin:
    A. Febră (38–39°C) cu durata 2–4 zile
    B. Somnolenţă, astenie, adinamie
    C. Vome repetate, apetit scăzut
    D. Scaune de 10–20 ori/zi, sărace, cu mucozităţi şi striuri de sânge
    F. Semne de deshidratare severă

16. Forma gravă în shigeloză la copii se caracterizează prin:
    A. Este cea mai frecventă
    B. Hipertermie (39–40°C) cu frisoane
    C. Convulsii
    D. Vome absente
    E. Semne de deshidratare moderată sau severă

17. Forma dispeptică în shigeloză la copii se caracterizează prin:
    A. Se întâlneşte numai la copiii în primul an de viaţă
    B. Debut treptat, lent
    C. Subfebrilitate (37,5–38°C)
    D. Scaune diareice, nedigerate, fără mucozităţi şi striuri de sânge
    E. Anus beant sau rezilent

18. Forma clinică tip toxiinfecţie alimentară în shigeloză la copii se caracterizează prin:
    A. Este caracteristică shigelozei flexneri
    B. Debut treptat, lent
    C. Semne de intoxicaţie progresivă
    D. Se declanşează în caz de infectare prin alimente contaminate
    E. Insuficienţă cardiovasculară până la stare de colaps

19. Forma hipertoxică în shigeloză la copii se caracterizează prin:
    A. Este frecvent întâlnită
    B. Stare de şoc toxiinfecţios
    C. Afectarea sistemelor nervos central şi cardiovascular
    D. Pierderea cunoştinţei
    E. Predominarea sindromului colitic

20. Forma asimptomatică (inaparentă) în shigeloză la copii se caracterizează prin:
    A. Semne clinice absente
    B. Scaune (5–10 ori/zi) lichide, fecaloide, cu mucozităţi
    C. Coproculturi pozitive
    D. Colici abdominale, tenesme

E. Creşterea titrului de anticorpi specifici de 4 şi mai mult ori

21. Forma frustă în shigeloză la copii se caracterizează prin:
    A. Semne de intoxicaţie moderată
    B. Frecvenţa scaunelor de 1–2 ori/zi
    C. Scaun lichid sau terciform, cu mucozităţi
    D. Coproculturi pozitive
    E. Semne de deshidratare moderată

22. Evoluţia shigelozei la copii depinde de:
    A. Vârsta copilului
    B. Antecedente
    C. Anamneza epidemiologică
    D. Terapia tardivă şi insuficientă
    E. Vindecarea clinică coincide cu reparaţia mucoasei intestinului

23. Forma trenantă a shigelozei la copii se întâlneşte:
    A. La copiii slăbiţi, în caz de tratament tardiv
    B. În infecţii mixte
    C. În caz de suprainfecţii virale sau/şi bacteriene
    D. Forma gravă în debut
    E. Letalitate crescută

24. Pentru obţinerea unui indice sporit de pozitivitate a coproculturii în shigeloză, recoltarea produsului patologic se face în anumite condiţii:
    A. Precoce, în debutul bolii
    B. Preventiv administrării antibioticelor
    C. Pe fondul tratamentului cu antibiotice
    D. Recoltarea zonelor patologice cu sânge
    E. Însămânţarea imediată pe medii de îmbogăţire şi selective

25. Examenul microscopic al scaunelor în shigelloză la copii prezintă:
    A. Leucocite polinucleare
    B. Hematii
    C. Mucus
    D. Levuri
    E. Protozoare

26. În shigelloză la copii au loc următoarele modificări hematologice:
    A. Limfocitoză
    B. Leucocitoză

C. Neutrofilie cu deviere spre stânga
D. Mononucleare atipice
E. VSH accelerat

27. Diagnosticul paraclinic de shigeloză include:
A. Reacţia de hemoaglutinare indirectă
B. Coprocultura
C. Hemocultura
D. Urocultura
E. Reacţia de imunofluorescenţă

28. Indicaţii de spitalizare a copiilor cu shigeloză:
A. Forme uşoare (inaparentă, frustă)
B. Forme grave, cu febră, vome repetate, scaune sangvinolente
C. Trataţi la domiciliu, fără ameliorare, timp de 2 zile
D. Copii din familii asociale, din colectivităţi de tip închis
E. Convalescenţi

29. În tratamentul antimicrobian al shigelozei la copii pot fi utilizate:
A. Co-trimoxazol
B. Penicilină
C. Eritromicină
D. Amoxicilină
E. Acid nalidixic (Nevigramon)

30. Tratamentul simptomatic în shigeloză la copii include:
A. Antivomitive
B. Antidiareice
C. Antispastice
D. Enzime digestive
E. Antipiretice

SALMONELOZELE

Complement simplu

1. Tulpinile spitaliceşti de salmonele sunt:
   A. Sensibile la tratamentul cu antibiotice
   B. Sensibile la substanţele dezinfectante
   C. Slab virulente
   D. Persistente timp îndelungat în mediul înconjurător
   E. Condiţionat patogene

2. Salmoneloza la sugari evoluează predominant în formă:
   A. Gastritică
   B. Gastroenteritică
   C. Enterocolitică
   D. Frustă
   E. Tifoidică

3. Specifică salmonelozei se consideră infiltraţia peretelui intestinal cu:
   A. Macrofage
   B. Limfocite
   C. Neutrofile
   D. Fagocite
   E. Fermenţi hidrolitici

4. Complicaţia cea mai frecventă în salmoneloză la copii este:
   A. Sindromul toxico-distrofic
   B. Dismicrobismul intestinal
   C. Anemia
   D. Poliadenopatia
   E. Hepatita cronică

5. Antibioticele se vor administra pe cale parenterală copiilor în:
   A. Shigeloze
   B. Salmoneloză (forma generalizată)
   C. Toxiinfecţia alimentară cu stafilococi
   D. Infecţia rotavirală
   E. Holeră

6. Notaţi cel mai frecvent sindrom în salmoneloză la copiii mici:

A. Colitic
B. Enterocolitic
C. Gastroenteritic
D. Gastroenterocolitic
E. Neurotoxic

7. Diareea sangvinolentă la sugari este provocată preponderent de:
A. Shighele
B. Salmonele
C. Proteus vulgaris
D. Enterobacter
E. Vibrio cholerae El Tor

8. Diagnosticul de salmoneloză (forma tifoidică) se confirmă prin:
A. Probe biochimice
B. Radiografia cutiei toracice
C. Hemoculturi, coproculturi, urinoculturi, biliculturi
D. Ecografia organelor interne
E. Coprocitogramă

9. Salmoneloza nozocomială la copii, la etapa actuală, este determinată de:
A. Salm. Enteritidis
B. Salm. Typhimurium
C. Salm. Heidelberg
D. Salm. Wirchov
E. Salm. Iava

10. Condiţiile care favorizează izbucniri intraspitaliceşti de salmoneloză:
A. Lipsa de saloane boxate, nerespectarea regimului sanitar
B. Transferarea neargumentată a bolnavilor dintr-un salon în altul
C. Lipsa unui examen de laborator bacteriologic la internarea copiilor în spital
D. Spălarea lenjeriei copiilor bolnavi împreună cu cea a copiilor fără disfuncţie intestinală
E. Toate cele enumerate sunt adevărate

11. Copiii de vârsta fragedă mult mai des se molipsesc de salmoneloze prin contact decât pe cale alimentară, motivele fiind următoarele:
A. Un rol important îl joacă particularităţile organismului (doze mici provoacă forme grave, generalizate)
B. Sugarii sunt cei mai activi eliminatori de salmonele
C. Sugarii urmează să elimine germenii o perioadă îndelungată
D. Utilizarea intensivă, uneori neargumentată, a antibioticelor în tratamentul sugarilor

E. Toate cele enumerate sunt adevărate

12. Salmoneloza la copiii în vârstă de peste 2 ani:
    A. Sunt mai frecvente formele fruste şi inaparente
    B. Evoluţia este uşoară, de scurtă durată
    C. Semne de intoxicaţie lipsesc
    D. Fără complicaţii
    E. Toate cele enumerate sunt adevărate

13. Factorii care favorizează declanşarea salmonelozei la copii:
    A. Particularităţile agentului patogen
    B. Vârsta copilului
    C. Starea de rezistenţă şi receptivitate a copilului
    D. Dismicrobismul intestinal
    E. Toate cele enumerate sunt adevărate

14. Modificările hematologice caracteristice în salmoneloză la copii sunt:
    A. Leucocitoză, neutrofilie, VSH accelerat
    B. Leucocitoză, limfocitoză
    C. VSH nemodificat
    D. Anemie
    E. Leucocitoză, eozinofilie

15. Complicaţiile specifice în salmoneloza gravă la copiii de vârstă fragedă:
    A. Hemoragii intestinale
    B. Perforaţia intestinului, cu peritonită
    C. Prolapsul anusului
    D. Dismicrobism intestinal
    E. Toate cele enumerate sunt adevărate

16. Care afirmaţie privind forma tifoidică în salmoneloză la copii nu este corectă?
    A. Debut acut cu febră, semne de intoxicaţie
    B. Hepatosplenomegalie
    C. Disfuncţiile intestinale sunt moderate sau lipsesc
    D. Tahicardie, apoi bradicardie
    E. Presiunea arterială crescută

17. Pentru examenul bacteriologic în salmoneloză nu se colectează:
    A. Secreţii nazofaringiene
    B. Vomismente, spălături gastrice
    C. Resturi de alimente suspecte

D. Sânge
E. Urină

18. Identificaţi afirmaţia greşită privind particularităţile salmonelozei la sugari:
A. Predomină forma gastroenterocolitică
B. De regulă apar forme generalizate
C. Posibile recidive tardive în perioada de convalescenţă
D. Portaj de salmonele timp îndelungat
E. Complicaţii frecvente

19. Diagnosticul diferenţial al salmonelozei la sugari (forma gastroenterocolitică) se face cu:
A. Shigeloza
B. Infecţia stafilococică
C. Klebsieloza
D. Campilobacterioza
E. Toate cele enumerate sunt adevărate

20. Tratamentul salmonelozei la copii include următoarele, cu excepţia:
A. Rehidratarea orală sau perfuzională
B. Dieta
C. Antidiareice
D. Antibiotice în forme generalizate per os şi parenteral
E. Enzime

Complement multiplu

1. Tratamentul etiologic al salmonelozei la copii poate fi efectuat cu:
A. Gentamicină
B. Levomicetină
C. Cefalosporine
D. Penicilină
E. Eritromicină

2. Indicaţi principiile de tratament în salmoneloza generalizată la copii:
A. Pauza alimentară
B. Antibiotice
C. Antidiareice
D. Rehidratarea orală sau perfuzională
E. Corectarea dereglărilor hidroelectrolitice

3. Forma septică a salmonelozei la copii se caracterizează prin:
   A. Incidenţa la copiii de vârstă fragedă
   B. Febră continuă sau intermitentă
   C. Septicopiemie
   D. Evoluţie benignă
   E. Instalarea unei imunităţi durabile
4. Toxiinfecţiile alimentare la copii pot fi provocate de:
   A. Stafilococi
   B. Klebsiele
   C. Escherichii
   D. Salmonele
   E. Streptococi
5. Salmoneloza, forma tifoidică, se caracterizează prin:
   A. Afectarea copiilor de vârstă fragedă
   B. Fenomene dispeptice grave din debut
   C. Disfuncţii intestinale moderate (sau lipsesc)
   D. Simptome de intoxicaţie durabile
   E. Hepatosplenomegalie din debut
6. Manifestările clinice ale salmonelozei la copiii mici includ:
   A. Semne catarale
   B. Vome repetate
   C. Gastroenterocolită predominantă
   D. Scaune lichide, voluminoase, verzui, cu mucus
   E. Semne meningiene pozitive
7. Diareea invazivă la copii poate fi cauzată de:
   A. Shigele
   B. Salmonele
   C. Escherichia coli enteroinvazivă
   D. Rotavirusuri
   E. Vibrio holerae
8. Salmoneloza la sugari trebuie diferenţiată cu:
   A. Escherichioze cu Esch. coli enteroinvazivă
   B. Klebsieloză
   C. Apendicita acută

D. Holeră
E. Invaginaţia intestinală

9. Salmoneloza nozocomială se caracterizează prin:
A. Produsă de salmonele sensibile la dezinfectante
B. Răspândire rapidă
C. Evoluţie gravă
D. Letalitate înaltă
E. Afectarea în special a sugarilor şi nou-născuţilor

10. Salmoneloza septică afectează mai frecvent:
A. Nou-născuţii
B. Prematurii
C. Preşcolarii
D. Sugarii alimentaţi artificial
E. Copiii de vârstă şcolară

11. Diagnosticul de salmoneloză, forma subclinică, se stabileşte în bază de:
A. Date clinico-epidemiologice
B. Manifestări clinice
C. Coprocitogramă
D. Depistarea salmonelelor în coproculturi
E. Creşterea titrelor de anticorpi specifici în seruri pare

12. Portajul de salmonele la copii se stabileşte în baza:
A. Salmonelozei suportate în anamneză
B. Depistării repetate a salmonelelor în materiile fecale
C. Creşterii titrelor de anticorpi specifici în seruri pare
D. Modificărilor hemoleucogramei
E. Modificărilor morfopatologice ale intestinului

13. Precizaţi afirmaţiile corecte despre salmoneloză:
A. Animalele sunt rezervorul principal al infecţiei.
B. Surse de infecţie sunt omul bolnav şi purtătorul de salmonele.
C. Morbiditatea e mai înaltă la nou-născuţi şi la sugari.
D. Morbiditatea este mai crescută la adulţi decât la copii.
E. Morbiditatea creşte în perioada iarnă–primăvară.

14. Salmoneloza, forma gastroenterocolitică, la copiii mici se manifestă clinic prin:
A. Debut cu sindrom gastroenteritic, apoi şi colitic
B. Erupţii rozeoloase unice în zilele 5–9
C. Sigmoidul spasmat, sensibil la palpare

D. Scaune lichide, abundente, verzui, cu mucus, cu sânge şi miros fetid
E. Simptomul Padalca pozitiv

15. Selectaţi testele paraclinice utile pentru diagnosticul diferenţial al salmonelozei cu escherichioza la sugari:
A. Analize bacteriologice ale materiilor fecale şi maselor vomitive
B. Hemocultura
C. Examenul imunofluorescent
D. Hematocritul
E. Ionograma

16. Focare de portaj îndelungat al salmonelelor:
A. Articulaţiile
B. Pulmonii
C. Vezica biliară
D. Splina
E. Ganglionii limfatici

17. Scaunele în salmoneloza tipică la copii sunt:
A. Frecvente
B. Sărace
C. Abundente
D. Lichide, verzui, cu miros fetid, cu mucozităţi
E. Cantitatea scaunelor se reduce treptat, apar picături de sânge

18. Precizaţi afirmaţiile corecte privind forma gastritică în salmoneloză la copii:
A. Se întâlneşte frecvent la sugari
B. Debut acut, simptome de intoxicaţie moderată
C. Dureri în epigastru, vome repetate, limba saburală, apetit scăzut
D. Hepatosplenomegalie
E. Semne de deshidratare moderată

19. Precizaţi afirmaţiile corecte privind forma gastroenteritică în salmoneloză la copii:
A. Este mai frecventă la copiii mari
B. Semne de intoxicaţie şi deshidratare pronunţate
C. Dureri abdominale difuze, meteorism, garguismente
D. Scaune lichide, abundente, spumoase, verzui, fetide
E. Defans muscular, simptomul Şceotkin-Blumberg pozitiv

20. Precizaţi afirmaţiile corecte privind forma gastroenterocolitică în salmoneloză la copii:
A. Este caracteristică la copiii mici
B. Debut cu sindrom gastroenteritic, în a 2-a–a 3-a zi – colită

C. Hepatosplenomegalie pronunţată din debut
D. Dureri spastice abdominale, scaune sărace, cu mult mucus, verzui
E. Dureri abdominale „în centură”

21. Precizaţi afirmaţiile corecte privind forma tifoidică în salmoneloză la copii:
A. Debut acut, febră (39–40,0°C), intoxicaţie pronunţată
B. Abdomenul uşor balonat, disfuncţie intestinală moderată sau lipseşte
C. Hepatomegalie din primele zile, splenomegalie – din a 4-a –a 6-a zi
D. Meningită purulentă
E. Bronhopneumonie bilaterală

22. Precizaţi afirmaţiile corecte privind forma septică în salmoneloză la copii:
A. Se întâlneşte la nou-născuţi, prematuri, sugari
B. Semnele de intoxicaţie lipsesc
C. Febra nu este caracteristică
D. Focare purulent-distructive în diferite organe
E. Semnele gastrointestinale lipsesc sau apar pe parcursul bolii

23. În salmoneloză la copii, durerile sunt localizate în:
A. Epigastru
B. Regiunea ombilicală
C. Regiunea ileocecală
D. Hipocondrul drept
E. Hipocondrul stâng

24. Care organe sunt afectate în salmoneloză, forma gastrointestinală, la copii?
A. Tractul respirator
B. Sistemul nervos central
C. Stomacul
D. Intestinul subţire
E. Intestinul gros (mai rar)

25. Diagnosticul diferenţial al salmonelozei include:
A. Holera, escherichioze
B. Toxiinfecţii alimentare de altă etiologie
C. Boli chirurgicale abdominale
D. Meningita purulentă sau cu lichid clar
E. Oreion

26. Complicaţiile specifice în salmoneloză la copii sunt:
A. Pneumonia
B. Pancreatita acută

C. Dismicrobismul intestinal
D. Otita medie
E. Perforaţia intestinului, cu peritonită

27. Salmonelele pot fi depistate în:
    A. Materii fecale, mase vomitive, spălături gastrice
    B. Sânge, urină
    C. Resturi de alimente contaminate
    D. Lapte matern
    E. Secreţii orofaringiene

28. Tratamentul formelor uşoare şi medii în salmoneloză include:
    A. Spălătura gastrică
    B. Rehidratarea orală sau perfuzională (la necesitate), dieta nr. 4a
    C. Tratament simptomatic
    D. Antidiareice
    E. Microclisme rectale

29. Principii de tratament, forme generalizate, în salmoneloză:
    A. Antidiareice
    B. Antivomitive
    C. Tratamentul antibacterian conform antibiogramei
    D. Tratamentul de detoxicare şi rehidratare
    E. Imunoterapia (plasmă, imunoglobuline)

30. Precizaţi afirmaţiile corecte privind particularităţile salmonelozei la sugari:
    A. Predomină forma gastroenterocolitică
    B. Sindromul diareic şi febra se menţin timp îndelungat
    C. Abdomenul balonat, hepatosplenomegalie, scaune cu mucus şi striuri de sânge
    D. Testul serologic confirmă diagnosticul
    E. Evoluţie uşoară, fără complicaţii

ESCHERICHIOZELE

Complement simplu

1. În escherichioze cu Esch. coli enteropatogene scaunele sunt:
   A. Lichide, apoase, albicioase
   B. Apoase, nedigerate, de culoare galben-aprins
   C. Lichide, cu mucus şi sânge
   D. Semilichide, cu mucus
   E. Lichide, voluminoase, verzui, cu mucus

2. În microflora intestinală la sugari predomină:
   A. Escherichii
   B. Lactobacterii
   C. Candida
   D. Bacteroizi
   E. Bac. Dederlein

3. În escherichioze cu Esch. coli enteroinvazive mai frecvent este afectat:
   A. Stomacul
   B. Duodenul
   C. Intestinul subţire
   D. Partea distală a intestinului subţire, cecum
   E. Intestinul rectosigmoid

4. Escherichiozele la sugari se caracterizează prin:
   A. Vome repetate, persistente
   B. Convulsii
   C. Semne meningiene pozitive
   D. Abdomen excavat
   E. Scaune cu mucus şi sânge

5. Aplicarea corectă a rehidratării orale la copiii cu diarei acute:
   A. Contribuie la prevenirea decesului
   B. Minimalizează numărul de injecţii intravenoase
   C. Previne infecţiile nozocomiale
   D. Contribuie la economisirea valorilor materiale
   E. Toate cele enumerate mai sus sunt adevărate

6. Hipokaliemia la sugar se manifestă prin:
   A. Febră
   B. Meteorism pronunţat
   C. Bombarea fontanelei anterioare
   D. Convulsii
   E. Sete

7. Tratamentul infecţiilor intestinale acute la copiii mici va include neapărat:
   A. Preparate antidiareice (Imodium, Lopedium)
   B. Cărbune activat
   C. Antivomitive
   D. Rehidratare orală
   E. Antivirale

8. Alegeţi semnul-cheie al deshidratării la sugari:
   A. Febra
   B. Setea
   C. Elasticitatea pielii scăzută
   D. Limba saburală
   E. Starea generală gravă

9. Indicaţi cel mai frecvent simptom în escherichioze la sugari:
   A. Scaune diareice, sangvinolente
   B. Scaune lichide, cu mucus, de culoare verzuie
   C. Convulsii
   D. Semne de deshidratare
   E. Tenesme

10. Escherichiozele la sugari sunt provocate, aproape în exclusivitate, de:
   A. Esch. coli enteropatogenă
   B. Esch. coli enteroinvazivă
   C. Esch. coli enterotoxigenă
   D. Esch. coli enterohemoragică
   E. Esch. coli enteroaderentă

11. Deshidratarea severă este caracteristică pentru copiii cu:
   A. Shigeloze
   B. Botulism
   C. Escherichioze
   D. Dismicrobism intestinal subcompensat

E. Febră tifoidă

12. În escherichioze cu Esch. coli enterotoxigenă scaunele sunt:
    A. Lichide, apoase, cu aspect de „fiertură de orez”, fără miros
    B. Sărace, frecvente, cu mult mucus şi striuri de sânge
    C. Abundente, apoase, spumoase, de culoare galbenă
    D. Lichide, abundente, verzui, cu miros fetid
    E. Formate cu mucozităţi şi sânge

13. Una din afirmaţiile privind escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică nu este corectă:
    A. Debut acut, dureri în abdomen, greţuri, vome repetate, scaune lichide, frecvente.
    B. Starea se ameliorează peste 2–4 zile.
    C. Starea se agravează mult în ziua a 2-a–a 4-a: durerile abdominale se intensifică, apar scaune sangvinolente.
    D. Apare insuficienţa renală acută.
    E. Apare anemia hemolitică.

14. Voma în escherichioze:
    A. După fiecare alimentare
    B. De tip „zaţ de cafea”
    C. Periodică
    D. Repetată, persistentă
    E. După tuse

15. Notaţi semnele clinice comune în escherichioze şi infecţia intestinală cu stafilococi la copii, cu excepţia:
    A. Debutul bolii acut, semne progresive de intoxicaţie
    B. Febră îndelungată
    C. Anorexie, vome repetate, scaune lichide, frecvente, cu mucozităţi
    D. Evoluţie trenantă
    E. Focare secundare de infecţie

16. Una dintre afirmaţiile privind escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă nu este corectă:
    A. Poarta de intrare este tractul digestiv
    B. Esch. coli enterotoxigenă afectează numai intestinul subţire
    C. Scaunele sunt lichide, frecvente, cu mucozităţi şi striuri de sânge
    D. Sunt prezente semnele de toxicoză şi deshidratare
    E. Hepatosplenomegalie moderată

17. Una dintre afirmaţiile privind escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă la sugari nu este corectă:

A. Boala debutează treptat.
B. Semnele de intoxicaţie sunt pronunţate.
C. Scaunele sunt apoase, abundente, nedigerate, de culoare galbenă.
D. Sunt prezente anus beant, tenesme.
E. Apar semne de toxicoză şi de deshidratare severă.

18. Sindromul hemolitico-uremic (sindromul Gasser) apare în:

A. Escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă
B. Escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă
C. Escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă
D. Escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică
E. Escherichioza cu Esch. coli enteroaderentă

19. Date decisive pentru diagnosticul confirmat în escherichioze:

A. Date epidemiologice
B. Date clinice
C. Semne de deshidratare
D. Evoluţia bolii
E. Coproculturi pozitive

20. Tratamentul escherichiozelor la copii include următoarele, cu excepţia:

A. Rehidratarea orală sau perfuzională
B. Antidiareice, antivomitive
C. Antibiotice, în caz de diaree tip invaziv şi în forma septică
D. Eubiotice
E. Enzime

Complement multiplu

1. Pentru escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică sunt carateristice:

A. Debut acut cu dureri abdominale
B. Vome repetate
C. Scaune sangvinolente
D. Sindrom hemolitico-uremic
E. Sindrom respirator

2. Particularităţile escherichiozei cu Esch. coli enterohemoragică sunt:
   A. Evoluţia severă
   B. Sindromul hemolitico-uremic frecvent
   C. Colita pseudomembranoasă
   D. Evoluţia subacută
   E. Colita hemoragică

3. Escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă se manifestă prin:
   A. Scaune diareice, cu mucus, sangvinolente
   B. Meteorism pronunţat
   C. Colici abdominale, chemări false
   D. Scaune lichide, apoase, de culoare galben-închis, nedigerate
   E. Deshidratare pronunţată

4. Complicaţii mai frecvent întâlnite în escherichioze la sugari:
   A. Dismicrobism intestinal
   B. Hidrocefalie
   C. Ileus paralitic
   D. Pneumonie
   E. Pneumatoză intestinală

5. Indicaţi factorii ce contribuie la apariţia escherichiozelor la sugari:
   A. Vârsta mică
   B. Alimentaţia artificială
   C. Alimentaţia naturală
   D. Sezonul vară–toamnă
   E. Dismicrobismul intestinal

6. Escherichiozele la copii evoluează mai frecvent cu sindroame de:
   A. Gastrită
   B. Gastroenterită
   C. Enterocolită
   D. Colită
   E. Hipokaliemie

7. Spre deosebire de shigeloza tipică, escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă poate evolua cu:
   A. Afebrilitate
   B. Fără semne de intoxicaţie pronunţată
   C. Scaune colitice de scurtă durată
   D. Hepatosplenomegalie
   E. Neurotoxicoză

8. Diareea secretorie este caracteristică pentru:
   A. Shigeloze
   B. Salmoneloze
   C. Escherichioza cu Esch. enteropatogenă
   D. Escherichioza cu Esch. enterotoxigenă
   E. Holeră

9. Pentru escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă sunt caracteristice:
   A. Vome repetate, insistente
   B. Sindrom de deshidratare pronunţată
   C. Meteorism, scaune lichide, apoase, gălbui
   D. Abdomen excavat
   E. Anus beant sau rezilent

10. Conduita tratamentului escherichiozelor de forme uşoare la copii include:
   A. Antibioterapia
   B. Pauza hidrică, fără alimentare
   C. Rehidratarea orală
   D. Tratamentul simptomatic
   E. Eubiotice în perioada de reparaţie

11. Precizaţi afirmaţiile corecte privind escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă:
   A. Este infecţie spitalicească
   B. Sunt înregistrate cazuri sporadice şi în grup
   C. Se îmbolnăvesc copiii după 1 an de viaţă
   D. Scaunele apoase, cu aspect „fiertură de orez"
   E. Evoluţie gravă cu deces

12. Pentru escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă sunt caracteristice:
   A. Debut acut cu febră (38,0–39,0°C), frisoane
   B. Dureri abdominale, tenesme, chemări false
   C. Scaune voluminoase, nedigerate, de culoare galben-aprins
   D. Scaune lichide, cu mucus şi striuri de sânge
   E. Hepatosplenomegalia

13. Precizaţi afirmaţiile corecte privind escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă:
   A. Este similară dizenteriei
   B. Are loc invazia celulelor epiteliale ale ileonului şi colonului
   C. Morfologic: inflamaţia eroziv-ulceroasă a mucoasei intestinale
   D. Deseori deshidratare severă

E. Este caracteristic sindromul hemolitico-uremic

14. Escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă se manifestă prin:
   A. Debut acut cu vome repetate şi sindrom diareic
   B. Semne de intoxicaţie pronunţată, convulsii
   C. Dureri în epigastru, garguisment intestinal
   D. Scaune apoase, cu aspect de „fiertură de orez”
   E. Tenesme, chemări false

15. Escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă la copii evoluează cu următoarele modificări morfopatologice:
   A. Detaşarea vilozităţilor intestinale cu bacterii
   B. Leziuni cataral-descuamative
   C. Pneumatoză intestinală
   D. Modificări necrotico-hemoragice
   E. Enterită catarală

16. Diagnosticul diferenţial al diareii acute infecţioase la copii va include următoarele maladii:
   A. Gastroduodenita
   B. Colecistita acută
   C. Invaginaţia intestinală
   D. Apendicita acută
   E. Colita ulceroasă nespecifică

17. Cauzele deceselor în escherichioze:
   A. Prolapsul rectal
   B. Neurotoxicoza
   C. Deshidratarea severă
   D. Boli asociate cu complicaţii
   E. Splenomegalia

18. Diagnosticul escherichiozei la copii se axează pe:
   A. Examinarea ultrasonoră a organelor abdominale
   B. Date anamnestice
   C. Date clinice
   D. Coproculturi pozitive
   E. Hemoculturi

19. Date de laborator în escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică:
   A. Anemie, trombocitopenie
   B. Bilirubinemie pe contul fracţiunii neconjugate
   C. Ureea, creatinina crescute
   D. Glucoza sângelui crescută
   E. Diastaza urinei crescută

20. În care escherichioze sunt indicate antibioticele?
   A. Escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă, forme grave
   B. Escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă
   C. Escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă
   D. Escherichioza de formă generalizată
   E. Escherichioza cu Esch. coli enteroadezivă

21. Precizaţi afirmaţiile corecte privind escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă:
   A. Se îmbolnăvesc copiii în primul an de viaţă
   B. În intestinul subţire apare o inflamaţie eritematoasă
   C. Sunt caracteristice sindroamele toxic şi de deshidratare
   D. Chemări false, tenesme
   E. Scaune sărace, cu mucozităţi şi striuri de sânge

22. Precizaţi afirmaţiile corecte privind escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică:
   A. Elimină exotoxină
   B. Sunt frecvente erupţiile în colectivităţi
   C. Sunt afectaţi sugarii
   D. Este caracteristic sindromul hemolitico-uremic
   E. Scaune lichide, abundente, verzui, cu miros fetid

23. În escherichioză la sugar, antibioticele se vor administra în:
   A. Forme uşoare şi medii
   B. Forme severe
   C. Forma septică
   D. Forme uşoare şi medii cu complicaţii
   E. Diarei secretorii

24. Tratamentul escherichiozelor în perioada de convalescenţă (de reparaţie) include:
   A. Antivirale
   B. Antifungice
   C. Enzime
   D. Eubiotice
   E. Vitamine

25. Caracteristica generală a dietoterapiei în bolile diareice acute la copii:
   A. Reducerea glucidelor şi grăsimilor
   B. Limitarea proteinelor
   C. Limitarea proteinelor, lipidelor, glucidelor
   D. Se exclud excitanţii mecanici, chimici şi termici
   E. Se exclud alimentele ce produc balonarea intestinelor

26. Diagnosticul confirmat în escherichioze la copiii mari include:
   A. Metoda bacteriologică (coprocultura)
   B. Metoda de imunofluorescenţă
   C. Metoda serologică (RHAI – creşterea titrului de anticorpi)
   D. Coprocitograma
   E. Hemoleucograma

27. Escherichiozele pot fi diferenţiate de rotaviroze prin:
   A. Datele leucogramei
   B. Debutul bolii
   C. Vome persistente, scaune lichide, apoase, de culoare galben-intens
   D. Scaune apoase, albicioase, spumoase
   E. Semne catarale

28. Precizaţi afirmaţiile corecte despre escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă la nou-născuţi şi prematuri:
   A. Apare ca infecţie intraspitalicească
   B. Deseori apar forme generalizate septice
   C. Sindromul diareic apare foarte rar
   D. Sindromul diareic apare frecvent, la debutul bolii
   E. Evoluţie uşoară, fără consecinţe

29. Terapia etiologică în escherichioze la copii poate fi efectuată cu:
   A. Ampicilină
   B. Co-trimoxazol
   C. Amoxicilină
   D. Penicilină
   E. Eritromicină

INFECŢII INTESTINALE CU ENTEROBACTERII CONDIŢIONAT PATOGENE (ECP)

Complement simplu

1. În caz de toxiinfecţie alimentară, urgent se va efectua:
   A. Radiografia abdominală
   B. Spălătura gastrică
   C. Hemoleucograma
   D. Proteinograma
   E. Sumarul urinei

2. Enterocolita stafilococică primară mai frecvent se întâlneşte la copiii de vârstă:
   A. Preşcolară
   B. Şcolară
   C. Sub 6 luni
   D. Adolescenţi
   E. Adulţi

3. Enterocolita stafilococică secundară apare în:
   A. Meningococemie
   B. Septicemia cu stafilococi
   C. Mononucleoza infecţioasă
   D. Streptodermie
   E. Tusea convulsivă

4. Agenţi patogeni ai toxiinfecţiei alimentare la copii sunt, cu excepţia:
   A. Staphylococcus aureus
   B. Klebsiella
   C. Proteus
   D. Salmonella
   E. Streptococcus pneumoniae

5. Toxiinfecţia alimentară la copii depinde în special de:
   A. Dozele infectante ale produsului alimentar contaminat
   B. Vârstă
   C. Tratamentul cu antibiotice
   D. Premorbidul nefavorabil
   E. Tratamentul antiviral

6. Multiplicarea bacteriană în campilobacterioză are loc în:
   A. Mucoasa gastrică
   B. Mucoasa nazofaringiană
   C. Sistemul nervos central
   D. Rinichi
   E. Ileon

7. Manifestarea clinică cea mai frecventă a campilobacteriozei la copiii de vârstă fragedă este:
   A. Gastrita acută
   B. Enterocolita acută
   C. Gastroenterita acută
   D. Enterita acută
   E. Gastroenterocolita acută

8. Campilobacterioza la copii are următoarele perioade, cu excepţia:
   A. Prodromală
   B. De stare
   C. De convalescenţă
   D. De incubaţie
   E. Spasmodică

9. În perioada de convalescenţă a campilobacteriozei la copii persistă unul din semnele clinice:
   A. Subfebrilitate
   B. Vome repetate
   C. Dureri abdominale
   D. Scaune sangvinolente
   E. Erupţii cutanate

10. Campilobacterioza perinatală mai frecvent este provocată de:
   A. Campylobacter coli
   B. Campylobacter intestinalis
   C. Campylobacter jejuni
   D. Campylobacter piloridis
   E. Esch. coli

11. Diagnosticul etiologic în campilobacterioză se bazează în special pe:
   A. Reacţii serologice
   B. Coproculturi
   C. Hemoleucogramă
   D. Coprocitogramă
   E. Ultrasonografia organelor abdominale

Complement multiplu

1. Toxiinfecţia alimentară cu stafilococi la copii apare mai frecvent la:
   A. Nou-născut
   B. Sugarul mic
   C. Copilul în vârstă de 1–3 ani
   D. Preşcolari
   E. Şcolari
2. Toxiinfecţia alimentară cu stafilococi la copii debutează:
   A. Brusc
   B. Cu dureri tăioase în epigastru
   C. Cu vome repetate
   D. Cu hepatosplenomegalie
   E. Cu icter
3. Enterocolita stafilococică primară la copil se caracterizează prin:
   A. Debut lent
   B. Subfebrilitate
   C. Regurgitaţie, uneori vome
   D. Scaune tip „scuipat rectal”
   E. Scădere ponderală
4. Disfuncţia intestinală în enterocolita stafilococică secundară la copil se caracterizează prin:
   A. Evoluţie lentă
   B. Evoluţie îndelungată ondulantă
   C. Dispare odată cu tratarea altor focare
   D. Evoluţie acută
   E. Evoluţie cronică
5. Dismicrobismul intestinal stafilococic la copil se caracterizează prin:
   A. Febră nu prea înaltă
   B. Angină foliculară
   C. Vome repetate
   D. Diaree
   E. Semne meningiene pozitive

6. Indicaţi metodele de diagnostic în boala diareică acută infecţioasă la copii:
A. Examen bacteriologic
B. Examen serologic
C. Coprocitograma
D. Radiografia abdominală
E. Ultrasonografia abdominală

7. Care dintre prelevatele indicate se folosesc pentru examenul bacteriologic în enterocolita stafilococică secundară?
A. Materiile fecale
B. Sânge (hemocultura)
C. Bila
D. Secreţiile din focarele secundare
E. Secreţiile rinofaringiene

8. Rolul germenilor condiţionat patogeni în apariţia bolii diareice acute la copii poate fi determinat prin:
A. Izolarea lor din materiile fecale în peste 40% din cazuri
B. Colonizarea masivă a intestinului cu unul şi acelaşi germene
C. Apariţia anticorpilor specifici în titre mari
D. Modificări hematologice
E. Modificări urinare

9. Porţile de intrare în BDA la copii, provocată de Proteus mirabilis, sunt:
A. Tractul gastrointestinal
B. Căile urinare
C. Conjunctivele
D. Leziunile tegumentare
E. Nazofaringele

10. Manifestările clinice în infecţia cu Proteus la copii pot avea următoarele variante:
A. Proces inflamator-purulent al tegumentelor
B. Rinofaringită
C. Amigdalită purulentă
D. Afectarea tractului gastrointestinal
E. Infecţia căilor urinare

11. Boala diareică acută, provocată de Proteus, evoluează la copil cu:
A. Debut acut
B. Dureri la deglutiţie
C. Scaun lichid, apos, galben-verzui

D. Semne respiratorii
E. Vome

12. Indicaţi manifestările sindromului de deshidratare la sugari în boala diareică acută provocată de Proteus:
A. Scăderea ponderală
B. Plica cutanată se reface până în 2 secunde
C. Copil agitaţ, irascibil
D. Bea lacom
E. Bea obişnuit

13. În BDA cu Proteus la copil pot surveni următoarele complicaţii:
A. Pielonefrită
B. Pneumonie
C. Urosepsis
D. Nazofaringită
E. Gastroduodenită

14. Evoluţia bolii diareice la copii, provocată de Proteus, poate fi:
A. Acută
B. Ondulantă
C. Cronică
D. Recidivantă
E. Lentă

15. La nou-născuţi, BDA provocată de Proteus are următoarele particularităţi:
A. Deseori debut brusc
B. Afebrilitate
C. Deshidratare severă frecventă
D. Complicaţii septice frecvente
E. Herpes labialis

16. Infecţia intestinală acută la sugari, cauzată de Proteus, necesită diferenţiere de:
A. Salmoneloză
B. Pneumonie
C. Escherichioză
D. Shigeloză
E. Enteroviroză

17. Factorii ce provoacă declanşarea infecţiei cu Klebsiella la sugari sunt:
   A. Prematuritatea
   B. Imunodeficienţa
   C. Hipertensiunea intracraniană
   D. Malnutriţia severă
   E. Alimentaţia naturală

18. De obicei, infecţia intestinală cauzată de Klebsiella debutează cu:
   A. Febră (38–39ºC)
   B. Hepatosplenomegalie
   C. Regurgitaţii, vome
   D. Scaune diareice
   E. Convulsii

19. Caracterul scaunului în infecţia intestinală cu Klebsiella la copii este:
   A. Nedigerat
   B. Sărac
   C. Abundent
   D. Frecvent, cu sânge
   E. Apos, galben-verzui

20. Particularităţile infecţiei intestinale cu Klebsiella la nou-născuţi sunt:
   A. Debut brusc şi acut
   B. Semne meningiene pozitive
   C. Sindrom intestinal pronunţat
   D. Splenomegalie
   E. Modificări hemodinamice

21. În infecţia intestinală cu Klebsiella la nou-născuţi scaunele pot fi:
   A. Riziforme
   B. Lichide, apoase
   C. Galben-verzui
   D. Fără incluziuni patologice
   E. Mucosangvinolente

22. Diareea acută invazivă la sugari deseori apare în:
   A. Shigeloză
   B. Rotaviroză
   C. Klebsieloză
   D. Infecţia stafilococică

E. Holeră

23. Diareea acută secretorie la sugari deseori apare în:
    A. Shigeloză
    B. Rotaviroză
    C. Escherichioză cu Esch. coli enterotoxigenă
    D. Klebsieloză
    E. Holeră

24. Campilobacterioza la copii este provocată de:
    A. Campylobacter jejuni
    B. Campylobacter coli
    C. Campylobacter pylori
    D. Campylobacter foetus
    E. Campylobacter intestinalis

25. Indicaţi modificările histomorfologice ale intestinului în campilobacterioză la copii:
    A. Alterarea celulelor epiteliale
    B. Edemul mucoasei
    C. Colita ulceroasă
    D. Abcese cu necroze în criptele mucoasei intestinale
    E. Tumefierea foliculilor solitari şi a plăcilor Payer

26. Indicaţi perioadele clinice în campilobacterioză la copii:
    A. Prodromală
    B. Catarală
    C. De stare
    D. Eruptivă
    E. De convalescenţă

27. Manifestările clinice în perioadă prodromală a campilobacteriozei la copii sunt:
    A. Accese de tuse
    B. Scaune sangvinolente
    C. Febră, frisoane
    D. Cefalee
    E. Mialgii, artralgii

28. Perioada de stare în campilobacterioză la copii se manifestă clinic prin:
    A. Erupţii cutanate
    B. Dureri abdominale pronunţate
    C. Limfoadenopatie generalizată

D. Scaune diareice
E. Intoxicaţie generală pronunţată

29. Criteriile de gravitate în campilobacterioză la copii sunt:
A. Gradul manifestărilor intestinale
B. Subfebrilitatea
C. Simptomele extraintestinale
D. Semnele respiratorii pronunţate
E. Invaginaţia intestinală

30. Leziunile cele mai importante produse de Campylobacter foetus sunt situate în:
A. Jejun
B. Hepatocite
C. Ileon
D. Stomac
E. Colon

31. Diagnosticul diferenţial al campilobacteriozei la copii se face cu:
A. Shigeloza
B. Boala Crohn
C. Apendicita acută
D. Pancreatita acută
E. Infecţia enterovirală

32. Numiţi complicaţiile posibile în campilobaterioză la copii:
A. Hemoragii gastrice
B. Abces cerebral
C. Artrită reactivă
D. Peritonita
E. Invaginaţie intestinală

33. Infecţia intestinală cauzată de Klebsiella de obicei debutează cu:
A. Gastroenterocolită
B. Enterocolită
C. Limfoadenopatie generalizată
D. Sindrom respirator
E. Gastroenterită

34. Indicaţi manifestările clinice ale klebsielozei, forma generalizată, la nou-născuţi şi sugari:
A. Febră persistentă
B. Focare septice

C. Sindrom de coagulare intravasculară diseminată
D. Scaune apoase, albicioase, fără incluziuni patologice
E. Tulburări de constienţă, convulsii în toate cazurile

INFECŢIA ROTAVIRALĂ

Complement simplu

1. Creşterea morbidităţii prin infecţia rotavirală la copii se înregistrează:
   A. În lunile reci ale anului („diaree de iarnă")
   B. Primăvara
   C. În perioada vară–toamnă
   D. Vara
   E. Tot anul
2. Rotavirusurile afectează preponderent:
   A. Mucoasa intestinului gros
   B. Mucoasa intestinului subţire
   C. Colonul sigmoid
   D. Ganglionii limfatici mezenterici
   E. Mucoasa esofagului
3. Rotavirusurile provoacă:
   A. Alterarea celulelor epiteliale ale intestinului subţire şi înlocuirea lor cu celule nediferenţiate
   B. Inflamaţie fibrinoidă la nivelul rectosigmoidului
   C. Inflamaţie difterică a mucoasei intestinului gros
   D. Inflamaţie ulceroasă şi fibrinoido-necrotică în straturile submucos şi muscular ale intestinului gros
   E. Colită catarală
4. Cei mai receptivi la infecţia rotavirală sunt:
   A. Nou-născuţii
   B. Copiii de după 5 ani
   C. Copiii în vârstă de 6–36 luni
   D. Adulţii
   E. Vârstnicii

5. Diareea virală la copii mai frecvent este provocată de:
   A. Enterovirusuri
   B. Adenovirusuri
   C. Coronavirusuri
   D. Astrovirusuri
   E. Rotavirusuri

6. Indicaţi caracterul scaunelor în infecţia rotavirală la copii:
   A. Frecvente, sărace, mucosangvinolente, tenesme, chemări false
   B. Lichide, frecvente, spumoase, de culoare verzuie, cu mucozităţi
   C. Frecvente, apoase, spumoase, nedigerate, de culoare galben-aurie sau albicioase
   D. Sangvinolente (sânge lichid), sindrom hemolitico-uremic, şoc toxiinfecţios
   E. Scaune lichide, dureri abdominale, urmate de paralizii flasce, hipotone, asimetrice.

7. Pentru diagnosticul etiologic al infecţiei rotavirale este necesară să se facă:
   A. Puncţia lombară
   B. Examenul biochimic al sângelui
   C. Hemocultura
   D. Depistarea antigenului rotaviral în materii fecale prin reacţia de aglutinare
   E. Colectarea anamnesticului bolii şi examenul obiectiv minuţios

8. Tratamentul infecţiei rotavirale la copii va include:
   A. Preparate antibacteriene
   B. Rehidratare orală
   C. Probionice cu conţinut sporit de lacto- şi bifidobacterii
   D. Spasmolitice
   E. Corticoterapie

Complement multiplu

1. Principalele mecanisme patogenetice în infecţia rotavirală sunt:
   A. Inflamaţia ulceroasă şi fibrinoido-necrotică în straturile submucos şi muscular ale intestinului gros
   B. Insuficienţa de dizaharidaze
   C. Dereglarea transportului ileal de apă şi sodiu şi diminuarea absorbţiei
   D. Inflamaţia fibrinoasă a mucoasei intestinului gros
   E. Distrugerea epiteliociţilor intestinului subţire

2. Tabloul clinic al infecţiei rotavirale la copii se caracterizează prin:
   A. Erupţii maculopapuloase confluente, răspândite pe tot corpul
   B. Debut acut, cu febră, vome, dureri abdominale periombilicale, moderate, permanente
   C. Scaune frecvente, apoase, spumoase, de culoare galben–aprins sau albicioase
   D. Tuse uşoară, hiperemie discretă a arcelor vestibulului faringian şi a uvulei
   E. Icter al pielii şi mucoaselor

3. Pentru infecţia rotavirală la copii sunt caracteristice sindroamele:
   A. Enterită
   B. Gastrită
   C. Enterocolită
   D. Gastroenterită
   E. Gastroenterocolită

4. Evoluţia infecţiei rotavirale la copii poate să se complice prin:
   A. Deshidratare severă
   B. Insuficienţă hepatică acută
   C. Stare de şoc hipovolemic
   D. Invaginaţie intestinală
   E. Edem cerebral

5. Diagnosticul diferenţial al infecţiei rotavirale la copii se va face cu:
   A. Salmoneloze (forme gastroenteritice)
   B. Escherichioze cu Esch. coli enteropatogenă
   C. Dizenteria acută, formă tipică
   D. Diareile virale cu enterovirusuri, adenovirusuri
   E. Invaginaţia intestinală

6. Tratamentul infecţiei rotavirale la copii va include:
   A. Rehidratarea orală
   B. Preparate fermentative
   C. Preparate antibacteriene
   D. Tratament sindromal
   E. Corticosteroizi

7. Formele clinice ale infecţiei rotavirale la copii sunt:
   A. Gastritică
   B. Subclinică
   C. Enteritică
   D. Gastroenteritică
   E. Gastroenterocolitică

8. Diagnosticul de laborator al infecţiei rotavirale la copii include metode orientate spre depistarea:
   A. Antigenului rotaviral în materiile fecale
   B. Anticorpilor antirotavirali în sânge
   C. Nivelului crescut de glucoză în sânge
   D. Virionilor şi ARN-ului rotaviral în materiile fecale
   E. Modificărilor peisajului microbiologic intestinal

9. Criteriile de gravitate ale infecţiei rotavirale la copii sunt:
   A. Gradul de deshidratare
   B. Intensitatea icterului scleral şi tegumentar
   C. Frecvenţa şi caracterul scaunelor
   D. Modificările lichidului cefalorahidian
   E. Febra, dereglările neurovegetative şi circulatorii

10. Apariţia erupţiilor nozocomiale de infecţie rotavirală este favorizată de următoarele:
   A. Rezistenţa rotavirusului faţă de dezinfectante
   B. Utilizarea frecventă a intervenţiilor parenterale
   C. Aglomerarea bolnavilor în saloane
   D. Eliminarea în cantităţi mari a rotavirusurilor cu materiile fecale
   E. Manoperele invazive aplicate în staţionare

TRATAMENTUL BOLILOR DIAREICE ACUTE

Complement simplu

1. Un pachet de sare pentru rehidratare orală trebuie dizolvat în:
   - A. 200 ml apă
   - B. 500 ml apă
   - C. 1000 ml apă
   - D. 1500 ml apă
   - E. Într-un volum de apă corespunzător gradului de deshidratare

2. Sarea pentru rehidratarea orală (SRO, Rehidron) este:
   - A. Remediu medical pentru rehidratarea şi menţinerea funcţiilor organismului în diaree
   - B. Alimentaţie în caz de diaree
   - C. Terapie medicamentoasă
   - D. Remediu folositor numai în caz de diaree uşoară
   - E. Substituentul lichidelor perfuzionale în caz de deshidratare severă

3. Soluţia preferată în terapia prin perfuzii a unui copil cu deshidratare severă este:
   - A. Reopoliglucina
   - B. Plasma
   - C. Soluţia isotonică de clorură de sodiu
   - D. Soluţia Ringer lactat
   - E. Soluţia de glucoză (5–10 %)

4. Copilul de 1,5 ani cu diaree acută, cu deshidratare pronunţată, necesită tratament:
   - A. Rehidratare orală cu SRO – 100–200 ml după fiecare scaun lichid
   - B. Rehidratare orală cu SRO – 600–800 ml în 4 ore
   - C. Perfuzii i/v cu soluţie Ringer lactat – 100 ml/kg
   - D. Perfuzii i/v cu soluţie glucoză, soluţie de clorură de sodiu, reopoliglucină
   - E.Pauza hidrică – 6 ore

5. Tratamentul sugarului cu diaree acută la domiciliu include neapărat:
   - A. Lichid în cantităţi mai mari ca de obicei
   - B. Alimentaţie corectă; antidiareice
   - C. Alimentaţie cu lapte matern
   - D. Cât mai mult lichid; de continuat alimentaţia naturală şi de observat semnele, la apariţia cărora trebuie să ne adresăm medicului
   - E. De adăugat în meniu alimente consistente

6. La un copil sub 5 ani cu diaree acută, deshidratarea severă se vă produce în caz de scădere ponderală bruscă cu:

A. 2–3%
B. 4–5 %
C. 6–9 %
D. 10–15 %
E. 1–2%

7. Dacă urmează tratamentul dintre reacţiile adverse la nitrofurane una este gravă şi ireversibilă:

A. Tulburări digestive
B. Erupţii cutanate
C. Febră
D. Polinevrite periferice
E. Icter colestatic

8. Următoarele antivirale acţionează asupra virusurilor ARN, cu o excepţie:

A. Amantadina
B. Remantadina
C. Idoxuridina
D. Ribavirina
E. Interferonii

9. Preparatele antibacteriene în infecţiile intestinale acute la copii se vor administra:

A. Intramuscular
B. Intravenos
C. Subcutanat
D. Peroral
E. Intrarahidian

10. Tratamentul diareilor acute virale la copii nu se va face cu:

A. Soluţie pentru rehidratare orală
B. Preparate antivirale
C. Preparate antimicrobiene
D. Eubiotice
E. Enzime

11. Câte ore durează rehidratarea orală în caz de deshidratare moderată?

A. 2
B. 3
C. 4

D. 5–6
E. 7–8

12. Terapia perfuzională în diareea acută la sugar este indicată în caz de:
A. Deshidratare pronunţată, febră
B. Deshidratare pronunţată, angină, febră
C. Diaree, vomă, fără semne clinice de deshidratare
D. Deshidratare severă, vome repetate, ileus paralitic
E. Diaree sangvinolentă

13. Terapia antibacteriană este indicată în:
A. Rotaviroze
B. Diareea cu Esch. coli enterotoxigenă
C. Dismicrobism intestinal subcompensat
D. Schigeloză
E. Giardiază (lambliază)

14. În boala diareică acută cu semne de deshidratare moderată, i copilului de 4 luni se indică:
A. 400–600 ml rehidron în primele 4 ore, fracţionat
B. 80 ml rehidron după fiecare scaun lichid
C. Antibiotice per os
D. Pauză hidrică
E. Eubiotice

Complement multiplu

1. Terapia cu antibiotice a diareii acute cu Campylobacter la copii se va efectua cu:
A. Penicilină
B. Gentamicină
C. Cloramfenicol
D. Eritromicină
E. Cefalosporine

2. Terapia perfuzională în diareea acută la sugar este indicată în caz de:
A. Deshidratare pronunţată, febră
B. Deshidratare pronunţată, pneumonie, febră
C. Deshidratare pronunţată, vomă incoercibilă
D. Diaree persistentă, deshidratare pronunţată
E. Deshidratare severă, ileus paralitic

3. Cotrimoxazolul (trimetoprim + sulfametoxazol) poate fi utilizat în tratamentul copilului cu:
   A. Holeră
   B. Dizenterie
   C. Diaree acută cu Esch. coli enteroinvazivă
   D. Salmoneloză dizenteriformă
   E. Infecţie rotavirală

4. Terapia antibacteriană este indicată în:
   A. Infecţia rotavirală
   B. Diareea cu Esch. coli enteroinvazivă
   C. Dismicrobism intestinal subcompensat
   D. Shigeloză
   E. Holeră

5. Mama unui copil mic cu diaree, tratat la domiciliu, se va adresa imediat la medic, dacă el:
   A. Bea lacom sau nu poate bea
   B. Are poftă de mâncare scăzută
   C. Are scaune sangvinolente
   D. Are vome repetate
   E. Are febră (38°C)

6. Terapia dismicrobismului intestinal decompensat la copii va include:
   A. Bacteriofagi
   B. Preparate enzimatice
   C. Antibiotice
   D. Preparate antiparazitare
   E. Medicaţie antivirală

7. Tratamentul antibacterian al unui copil cu holeră poate include:
   A. Cotrimoxazol
   B. Furazolidon
   C. Tetraciclină
   D. Gentamicină
   E. Eritromicină

8. Indicaţii de spitalizare a copiilor cu boli diareice vor fi:
   A. Diareea acută cu semne de deshidratare severă
   B. Diareea acută cu semne de deshidratare moderată la copii cu malnutriţie severă
   C. Diareea acută fără semne de deshidratare, cu febră (38ºC)
   D. Diareea persistentă, fără semne de deshidratare la copii de după 1 an
   E. Diareea sangvinolentă

9. Rehidratarea orală în tratamentul diareii acute la copii nu va contribui la:
   A. Stoparea diareii
   B. Prevenirea deshidratării
   C. Micşorarea duratei diareii
   D. Reducerea frecvenţei scaunelor
   E. Micşorarea gradului de deshidratare

10. Care sunt regulile de tratament al diareii acute la copii la domiciliu?
   A. Administrarea lichidelor în cantităţi mai mari ca de obicei
   B. Administrarea antibioticelor per oral
   C. Continuarea alimentării copilului
   D. Administrarea eubioticelor
   E. Adresarea la medic în cazul în care starea copilului se agravează: nu poate să bea sau să sugă piept; apare scaun cu sânge

11. Spectrul antimicrobian al cloramfenicolului include:
   A. Neisseria meningitidis
   B. Haemophillus influenzae
   C. Streptococul B hemolitic grup A
   D. Salmonella
   E. Pneumocistis carinii

12. Metronidazolul este indicat copiilor în:
   A. Infecţiile cu bacili Gram-negativi anaerobi
   B. Amebiază
   C. Infecţia stafilococică
   D. Giardiază (lambliază)
   E. Toxiinfecţiile alimentare

13. Spectrul antimicrobian al co-rtimoxazolului cuprinde:
   A. Escherichia coli
   B. Shigella
   C. Salmonella
   D. Pseudomonas aeruginosa
   E. Giardia lamblia

14. Posedă sensibilitate la cefalosporine de generaţia a II-a:
   A. Escherichia coli
   B. Pseudomonas aeruginosa
   C. Shigella

D. Haemophillus influenzae
E. Enterococii

15. Tratamentul antibacterian în infecţiile intestinale acute la copii are următoarele scopuri:
A. Grăbirea vindecării clinice
B. Micşorarea gradului de deshidratare
C. Reducerea frecvenţei vomelor
D. Diminuarea contagiozităţii
E. Reducerea duratei de eliminare a germenilor

16. Medicamentele cu acţiune antidiareică (Loperamid, Imodium) nu sunt indicate copiilor în:
A. Shigeloze
B. Salmoneloze
C. Diarei neinfecţioase (colon iritat)
D. Campilobacterioză
E. Dismicrobismul intestinal

17. Tratamentul antimicrobian se va face în toxiinfecţiile alimentare la copii:
A. Cu stafilococi
B. Cu salmonele la nou-născut
C. Cu salmonele la sugari
D. În forme severe
E. Cu Bacillus cereus, forma medie

18. Volumul soluţiei pentru rehidratarea orală a copilului cu diaree acută depinde de:
A. Vârstă
B. Gradul de deshidratare
C. Etiologia bolii
D. Febră
E. Masa corporală

19. Rehidratarea orală nu se va indica unui copil cu diaree acută şi:
A. Vomă incoercibilă
B. Deshidratare moderată
C. Febră (39–40ºC)
D. Ileus paralitic (pareză intestinală)
E. Deshidratare severă

20. Priorităţile rehidratării orale faţă de rehidratarea perfuzională în tratamentul diareii acute la copii sunt:

A. Costul mai mic
B. Reducerea febrei
C. Participarea activă a părinţilor în acest proces
D. Posibilitatea de a continua alimentarea
E. Micşorarea duratei diareii

21. Rehidratarea perfuzională la copiii cu diaree acută se poate complica cu:

A. Pneumonie
B. Septicemie
C. Flebită
D. Traumă psihică
E. Pielonefrită

22. Rehidratarea endovenoasă la copiii cu diaree acută se va indica în caz de:

A. Deshidratare moderată
B. Deshidratare severă
C. Copii sugari
D. Ileus paralitic
E. Vome incoercibile

23. Rehidratarea orală, efectuată corect în caz de diaree acută la copil, permite:

A. Prevenirea decesului în infecţiile intestinale la copii
B. Micşorarea numărului de infecţii intravenoase
C. Prevenirea infecţiilor intraspitaliceşti
D. Stoparea diareii
E. Mărirea costului tratamentului

24. Care preparate antimicrobiene pot fi recomandate copiilor cu boli diareice acute (scaune sangvinolente)?

A. Co-trimoxazol (Bactrim, Biseptol)
B. Furazolidonă
C. Amoxicilină
D. Lincomicină
E. Penicilină

DISMICROBISMUL INTESTINAL

Complement simplu

1. La nou-născuţi, microflora intestinală este reprezentată preponderent de:
   - A. Bacillus bifidus
   - B. Enterococcus
   - C. Proteus
   - D. Klebsiella
   - E. Esch. coli hemolizantă

2. La nou-născutul alimentat natural bifidoflora se stabileşte evident dominantă în:
   - A. 1-a–a 2-a zi
   - B. A 5-a– a 7-a zi
   - C. A 2-a– a 3-a săptămână
   - D. 1-a lună
   - E. A 6-a lună

3. Flora rezidentară (permanentă) intestinală din colon la copiii de vârstă şcolară este reprezentată de:
   - A. Stafilococcus aureus
   - B. Candida albicans
   - C. Bacteroides şi bifidus Bacterium
   - D. Clostridium perfringens
   - E. Enterobacter cloacae

4. Rolul decisiv în diagnosticul dismicrobismului intestinal la copii îi revine:
   - A. Hemoleucogramei
   - B. Proteinogramei
   - C. Coproculturii
   - D. Probelor hepatice
   - E. Investigaţiilor serologice

5. Numiţi cea mai eficientă metodă de corecţie a tulburărilor microflorei intestinale la copilul mic este:
   - A. Alimentaţia corectă
   - B. Antibioterapia
   - C. Vitaminele
   - D. Bacteriofagii
   - E. Fermenţii

6. Diagnosticul dismicrobismului intestinal poate fi stabilit numai în baza:
   A. Biliculturii
   B. Hemoculturii
   C. Coproculturii
   D. Culturii din nazofaringe
   E. Uroculturii

7. Dismicrobismul intestinal la sugari se manifestă mai frecvent prin sindromul:
   A. Cataral
   B. Meningian
   C. Dispeptic
   D. Eruptiv
   E. Limfoadenopatie

Complement multiplu

1. Flora intestinală obligatorie (concomitentă florei rezidentare) la copii este reprezentată de:
   A. Esch. coli $2\text{-}4 \cdot 10^{8}$
   B. Enterococcus $10^5\text{-}10^6$
   C. Lactobacterii facultativ anaerobe $10^5\text{-}10^8$
   D. Candida $0\text{-}10^5$
   E. Klebsiella $0\text{-}10^6$

2. Flora intestinală tranzitorie (ocazională) este reprezentată de:
   A. Stafilococcus
   B. Candida albicans
   C. Enterobacterii condiţionat patogene
   D. Lactobacterii
   E. Bifidobacterii

3. Microflora intestinală normală la copii, calitativ şi cantitativ, depinde mult de următorii factori:
   A. Sezonul anului
   B. Terapia antivirală
   C. Vârstă copilului
   D. Rehidratarea orală
   E. Tipul de alimentaţie

4. Cauzele declanşării şi evoluţiei dismicrobismului intestinal la copiii mici sunt:

A. Utilizarea antibioticelor deseori neraţională
B. Maladii infecţioase digestive repetate
C. Alimentaţia naturală
D. Encefalopatia perinatală
E. Alimentaţia artificială

5. Dismicrobismul intestinal compensat la sugari se manifestă prin:
A. Scăderea poftei de mâncare
B. Hipertermie
C. Scăderea ponderală
D. Pusee subfebrile
E. Diaree

6. Dismicrobismul intestinal subcompensat la copii se manifesta clinic prin:
A. Subfebrilitate stabilă
B. Inapetenţă
C. Regurgitaţii, vome, diaree
D. Hemocolită
E. Semne meningiene pozitive

7. Dismicrobismul intestinal decompensat la copii se manifestă clinic prin:
A. Semne de intoxicaţie generală
B. Vome repetate
C. Diaree cu scaune cu mucus, uneori şi cu striuri de sânge
D. Scaune normale
E. Constipaţii

8. Diagnosticul dismicrobismului intestinal se bazează pe:
A. Anamneza bolii
B. Radiografia abdominală
C. Tabloul clinic şi evoluţia bolii
D. Corpoculturi
E. Electrocardiogramă

9. Factorii predispozanţi la dismicrobismul intestinal al nou-născutului sunt:
A. Acutizarea maladiilor cronice în timpul sarcinii la gravidă
B. Alimentaţia artificială precoce
C. Prematuritatea
D. Alimentaţia naturală
E. Născut de mamă purtătoare de HbsAg

10. Simptomatologia clinică a dismicrobismului intestinal la nou-născut include:
   A. Meteorism
   B. Scaune lichide frecvente
   C. Subfebrilitate
   D. Febră
   E. Icter

11. Tratamentul dismicrobismului intestinal la copii include:
   A. Corticosteroizi
   B. Imunocorecţia
   C. Restabilirea microbiocenozei intestinale
   D. Recuperarea funcţională a intestinului
   E. Antibioterapia

12. Tratamentul dismicrobismului intestinal decompensat la copii include:
   A. Corticosteroizi
   B. Imunoglobuline
   C. Eubiotice
   D. Antibiotice
   E. Antivirale

13. Tratamentul dismicrobismului intestinal subcompensat va include:
   A. Lactate acidulate
   B. Eubiotice
   C. Antibiotice
   D. Corticosteroizi
   E. Fermenţi

14. Diagnosticul diferenţial al dismicrobismului intestinal la copii se face cu:
   A. Infecţii intestinale acute cu ECP
   B. Mononucleoza infecţioasă
   C. Hepatita virală
   D. Shigeloza
   E. Escherichioza

HEPATITELE VIRALE

Complement simplu

1. Hepatita virală A forma anicterică la copii este caracterizată prin:
   - A. Icter slab pronunţat
   - B. Bilirubinemie uşoară, cu predominarea fracţiei conjugate
   - C. Valorile ALAT crescute
   - D. Semne catarale majore
   - E. Erupţii cutanate

2. În hepatita virală A la copii, forma frustă, se va înregistra unul din următoarele semne:
   - A. Intoxicaţie pronunţată
   - B. Icter pronunţat
   - C. Erupţii hemoragice
   - D. Artralgii
   - E. Hepatomegalie

3. Care semn clinic nu este caracteristic pentru forma malignă a hepatitei virale la copii?
   - A. Adinamie, agitaţie, convulsii
   - B. Hepatomegalie pronunţată
   - C. Vomă repetată, regurgitaţii
   - D. Icter pronunţat
   - E. Sindrom hemoragic

4. Care afirmaţie referitor la hepatita virală congenitală nu este corectă?
   - A. Semne de intoxicaţie moderate
   - B. Hepatomegalie neînsemnată
   - C. Sindrom hemoragic frecvent
   - D. Hiperbilirubinemie cu predominarea fracţiei neconjugate
   - E. Activitatea ALAT, F-1-fosfat aldolazei uşor crescute

5. Forma malignă în hepatita virală la copii se întâlneşte cel mai frecvent în caz de:
   - A. HVA
   - B. HVC
   - C. HVB
   - D. HVE
   - E. Hepatita în infecţia cu citomegalovirus

6. Marcherul important al contagiozităţii copilului bolnav de HVB este:
   A. HBsAg
   B. HBcAg
   C. HBeAg
   D. Anticorpi anti-Hbe Ag
   E. Anticorpi anti-Hbc Ag

7. Encefalopatia hepatică acută în hepatita virală la copii are, de regulă, consecinţa:
   A. Însănătoşire
   B. Însănătoşire incompletă
   C. Hepatită cronică
   D. Sfârşit letal
   E. Ciroză hepatică postnecrotică

8. Encefalopatia hepatică acută în hepatita virală se întâlneşte mai frecvent la:
   A. Nou-născuţi
   B. Sugari
   C. Preşcolari
   D. Adulţi
   E. Şcolari

9. În caz de encefalopatie hepatică acută la copii, nu lipsesc:
   A. Convulsii tonicoclonice
   B. Vome cu sânge
   C. Conştiinţa clară
   D. Tahipnee
   E. Oligurie

10. Cel mai informativ test biochimic în encefalopatia hepatică acută la copii este:
   A. Hipertransaminazemia
   B. Hiperbilirubinemia
   C. B-lipoproteide valori mari
   D. Protrombinemia sub 40%
   E. Testul cu timol valori mici

Complement multiplu

1. Hepatitele virale la sugari sunt produse, de obicei, de:
   A. Virusul hepatic A
   B. Virusul hepatic B
   C. Virusul hepatic C

D. Virusul hepatic D
E. Virusul hepatic E

2. În hepatita virală B, forma gravă, la copii pot fi:
A. Icter progresiv
B. Manifestări hemoragice
C. Hepatomegalie, ficat dolor
D. Intoxicaţie moderată
E. Convulsii repetate

3. Criteriile clinice majore de gravitate în hepatita virală la copiii mici sunt:
A. Intoxicaţie pronunţată
B. Icter progresiv
C. Hepatomegalie moderată
D. Exantem
E. Sindrom hemoragic

4. În perioada de prodrom a HVA la copii, diagnosticul diferenţial se face cu:
A. IRVA
B. Stări alergice
C. Toxiinfecţii alimentare
D. Reumatism
E. Apendicită

5. Consecinţele HVB la copii pot fi:
A. Vindecarea completă
B. Cronicizarea
C. Letalitatea
D. Pancreatita acută necrozantă
E. Insuficienta renală cronică

6. Perioada de prodrom în HVA la copii se distinge prin:
A. Durata de 3–5 zile
B. Febră în 60% din cazuri
C. Artralgii
D. Dureri abdominale
E. Erupţii cutanate

7. Care sunt particularităţile HBA la copii faţă de adulţi?
A. Evoluţie mai severă
B. Adenopatii frecvente

C. Hepatomegalie mai pronunţată
D. Forme anicterice frecvente
E. Durata icterului este mai scurtă

8. Care dintre parametrii clinici şi paraclinici enumeraţi mai jos sunt indici de pronostic sever imediat în evoluţia hepatitei virale acute?
A. Hepatomegalia importantă
B. Splenomegalia
C. Micşorarea progresivă a ficatului
D. Prezenţa sindromului hemoragic
E. Scăderea rapidă a titrului de AgHBs

9. Terapia cu corticosteroizi nu este indicată copiilor cu hepatită virală acută în:
A. Forma severă a HVB la sugari
B. Forma severă a HVE
C. Forma malignă a HVB
D. Forma severă a HVA
E. Hepatita virală B forma medie+varicela

10. Testul cu timol, valori crescute vor fi în:
A. HVA
B. HVB
C. HVC
D. HVD
E. HVE

11. Alfa-interferoni sunt indicaţi în formele severe de:
A. HVB
B. HVE
C. HVC
D. HVA
E. HVD

12. Hepatosplenomegalia la nou-născuţi se înregistrează în:
A. Rubeola congenitală
B. Toxoplasmoza congenitală
C. HVB congenitală
D. Sindromul Jilbert
E. Icterul hemolitic

13. Bilirubinemie cu predominarea fracţiei conjugate la nou-născuţi va fi în:
   A. Icterul fiziologic
   B. Icterul hemolitic
   C. HVB congenitală
   D. Atrezia căilor biliare
   E. Sindromul Crigler-Najjar

14. Alegeţi 3 indici ce caracterizează citoliza hepatică:
   A. Bilirubina serică
   B. ALAT
   C. ASAT
   D. Gamaglobuline
   E. Fructozo-1-fosfat aldolaza

15. În forma malignă a HVB la copii cele mai frecvente complicaţii sunt:
   A. Edemul cerebral
   B. Deshidratarea severă
   C. Insuficienţa renală
   D. Insuficienţa respiratorie
   E. Hemoragii digestive masive

16. Cele mai caracteristice teste biochimice în encefalopatia hepatică acută în HVB la copii sunt:
   A. Bilirubinemia (200 mmol/l şi mai mult)
   B. Protrombinemia 50–60%
   C. Protrombinemia sub 40%
   D. Testul cu sublimat redus
   E. Hipertransaminazemia

17. Semnele clinice de bază în encefalopatia hepatică acută la copii sunt:
   A. Miros hepatic („ficat crud”)
   B. Vome de tip „zaţ de cafea”
   C. Oligurie
   D. Splenomegalie
   E. Intoxicaţie moderată

18. Pentru forma malignă a HV la copii este caracteristic:
   A. Este provocată mai frecvent de virusurile hepatice B şi D
   B. Apare mai des în hepatita virală C
   C. Mai frecvent o făceau sugarii pînă la vaccinarea anti HVB

D. Se manifestă în primele 2 săptămâni de la debutul bolii
E. Pronosticul este favorabil

19. Pentru hepatita virală B la copii, formă gravă, sunt caracteristice:
A. Icter progresiv
B. Manifestări hemoragice
C. Hepatomegalie, ficat dolor
D. Intoxicaţie slab pronunţată
E. Convulsii repetate, status convulsiv

20. Criteriile clinice majore de gravitate în hepatita virală B la copiii mici sunt:
A. Splenomegalia
B. Icterul progresiv
C. Diareea
D. Tulburarea somnului, vomele repetate
E. Sindromul hemoragic

21. Consecinţele HVB la copii pot fi:
A. Vindecare completă
B. Cronicizare
C. Deces
D. Abces hepatic
E. Pareze şi paralizii flasce

22. Ce markeri serologici puteţi solicita pentru confirmarea infecţiei cu virusul hepatitie C?
A. Anticorpi anti-HCV
B. ARN HCV
C. Anticorpi anti-HCV IgM
D. Determinarea de anticorpi antimuşchi neted
E. ALAT, ASAT

23. Indicaţi manifestările extrahepatice în hepatita virală B:
A. Pneumonie interstiţială
B. Glomerulonefrită membranoasă
C. Poliartrită nodoasă
D. Laringită stenozantă
E. Anemie aplastică

24. Markerii infecţiei cu virusul hepatitei B:
A. Ag HBs
B. Ag HBe

C. Anti-CMV
D. Anti-HBc IgM
E. Anti- HCV

25. În HVA la copii, perioada preicterică, poate avea loc:
A. Sindrom digestiv
B. Sindrom pseudoreumatic
C. Sindrom eruptiv
D. Sindrom pseudogripal
E. Manifestări atipice, simulând abdomen acut

26. Sindromul hepatopriv (insuficienţă celulară hepatică) se pronunţă prin:
A. Hipoprotrombinemie
B. Hipofibrinogenemie
C. Hipoalbuminemie
D. Hipertransaminazemie
E. B-lipoproteide serice cu valori crescute

27. Erupţii alergice în perioada preicterică pot fi în:
A. HVA
B. HVB
C. HVC
D. HVD
E. HVE

28. Tratamentul HVA la copii, formă gravă, se efectuează cu:
A. Repaos la pat în perioada de stare
B. Regim alimentar, dietă
C. Terapie perfuzională
D. Corticosteroizi
E. Antivirale

29. Consecinţele hepatitei virale A la copii pot fi:
A. Vindecare completă cu restabilirea funcţiei hepatice
B. Vindecare cu un mic defect histomorfologic – „fibroza hepatică"
C. Cronicizare
D. Ciroză hepatică
E. Complicaţii ale căilor biliare şi gastroduodenite

30. Vi-feronul este indicat în:
   A. HVB forma severă
   B. HVB forma malignă
   C. HVC forma cronică activă
   D. HVB forma cronică activă
   E. HVE

31. Particularităţile HVD-coinfecţie la copii sunt:
   A. Până la vaccinarea anti HVB se înregistra frecvent la sugari
   B. Pronosticul frecvent favorabil
   C. Forme severe şi maligne frecvente
   D. Letalitate înaltă
   E. Risc major de cronicizare

32. Evoluţia HVA la copii se caracterizează prin:
   A. Deseori, forme uşoare
   B. Rareori, forme severe
   C. Forme fulminante excepţionale
   D. Letalitate înaltă
   E. Pronostic nefavorabil

33. Particularităţile HVB la sugari:
   A. Perioada preicterică scurtă sau absentă
   B. Hepatosplenomegalia e mai pronunţată decât la copiii mari
   C. Formele severe şi medii – mai frecvente
   D. Semnele de intoxicaţie – slabe
   E. Convalescenţa – scurtă

MONONUCLEOZA INFECŢIOASĂ

Complement simplu

1. Indicaţi unul din sindroamele cardinale ale mononucleozei infecţioase la copii:
   A. Artrita
   B. Encefalita
   C. Limfoadenopatia generalizată
   D. Pancreatita
   E. Orhita

2. Precizaţi ce manifestări clinice se depistează, de regulă, în mononucleoza infecţioasă la copii:
   A. Erupţia rubeoliformă
   B. Edemul palpebral
   C. Icterul sclero-tegumentar
   D. Angina, limfoadenopatia, hepatosplenomegalia
   E. Hematuria

3. În mononucleoza infecţioasă, evidenţierea anticorpilor heterofili (de tip Ig M) se face prin:
   A. Testul Şic
   B. Testul Dick
   C. Testul Paul-Bunnel-Davidsohn
   D. Testul ELIZA
   E. Testul Widal

4. Tratamentul etiotrop al mononucleozei infecţioase la copii se face cu:
   A. Prednisolon
   B. Ampicilină
   C. Ribavirină
   D. Aciclovir
   E. Lamivudină

5. În mononucleoza infecţioasă la copii, tipurile de angină pot fi următoarele, cu excepţia:
   A. Eritematoasă
   B. Foliculară
   C. Lacunară
   D. Membranoasă
   E. Necrotică

6. La copil, boala infecţioasă care se manifestă cu poliadenopatie este:
A. Hepatita virală acută
B. Paragripa
C. Salmoneloza
D. Mononucleoza infecţioasă
E. Pertussis

7. Tratamentul formelor severe ale mononucleozei infecţioase la copii va include următoarele, cu excepţia:
A. Repaos la pat
B. Antiinflamatoare nesteroidiene
C. Igiena riguroasă a cavitaţii bucale
D. Corticoterapia
E. Ampicilina pentru suprainfecţii bacteriene

8. Precizaţi în care cazuri de mononucleoză infecţioasă la copii nu se administrează corticosteroizi:
A. Forme severe (febră, adenopatii enorme, hepatite etc.)
B. Complicaţii nervoase
C. Cazuri de anemie hemolitică autoimună
D. Forme comune (tipice, necomplicate)
E. Cazuri cu purpură trombocitopenică

9. Precizaţi afirmaţia incorectă privind mononucleoza infecţioasă la copii:
A. Nu exista un tratament antiviral.
B. Suprainfecţiile bacteriene se tratează cu ampicilină.
C. Există vaccin anti-EBV.
D. Este o boală cu declarare obligatorie numeric.
E. Pronosticul este cel mai frecvent favorabil.

10. Pentru mononucleoza infecţioasă la copii sunt caracteristice următoarele sindroame, cu excepţia:
A. Angina
B. Poliadenopatia
C. Febra
D. Modificările caracteristice hematologice
E. Diareea

11. Care din complicaţiile specifice enumerate nu este caracteristică infecţiei cu virusul Epstein-Barr la copii?
   A. Nevrita nervului facial
   B. Anemia hemolitică
   C. Purpura trombocitopenică
   D. Agranulocitoza
   E. Insuficienţa hepatică acută

12. Pentru mononucleoza infecţioasă la copii, forma medie, sunt caracteristice următoarele sindroame, cu o excepţia:
   A. Semne de intoxicaţie cu febră (38,5–39ºC)
   B. Tirajul cutiei toracice
   C. Limfoadenopatia generalizată
   D. Amigdalita supurativă
   E. Hepatosplenomegalia

13. În mononucleoza infecţioasă virusul Epstein-Barr are drept „ţintă” limfocitele B, cu excepţia:
   A. Ţesutul limfatic al mucoasei orofaringiene şi faringelui posterior
   B. Ţesutul limfatic al mucoasei amigdalelor
   C. Ţesutul limfatic din splină, ficat
   D. Ganglionii limfatici periferici
   E. Plăcile Payer şi foliculii solitari din intestinul subţire

14. Agentul etiologic al mononucleozei infecţioase este:
   A. Virusul citomegalic
   B. Virusul Epstein-Barr
   C. Virusul Herpes simplex-I
   D. Virusul Herpes simplex-II
   E. Virusul varicelo-zosterian (VZV)

15. Virusul Epstein-Barr face parte din familia:
   A. Picornaviridae
   B. Hepadnaviridae
   C. Herpesviridae
   D. Togaviridae
   E. Paramyxoviridae

16 Profilaxia specifică a mononucleozei infecţioase include:
   A. Gamma-globuline standart
   B. Levamizol

C. Interferon
D. Vaccin
E. Nu există nici o metodă specifică de profilaxie

Complement multiplu

1. Selectaţi infecţiile virale la copii, care pot evolua cu sindrom mononucleozic:
   A. Infecţia cu virusul respirator sinciţial
   B. Infecţia cu virusul citomegalic
   C. Rubeola
   D. Oreionul
   E. Infecţia cu virusul Epstein-Barr

2. Care din afirmaţiile enumerate caracterizează febra în mononucleoza infecţioasă la copii?
   A. Are caracrer bifazic
   B. Durează 7–28 zile şi mai mult
   C. Se întâlneşte în 80% din cazuri
   D. Durează 1–3 zile
   E. Cu oscilaţii între 38 şi 40ºC

3. În mononucleoza infecţioasă la copii, adenopatia deseori poate fi:
   A. Laterocervicală
   B. Occipitală
   C. Generalizată
   D. Cu evoluţie spre fistulizare
   E. Cu ganglioni limfatici aderenţi, dureroşi

4. Limfadenita cervicală acută la copii are drept cauză:
   A. Amigdalita acută
   B. Scarlatina
   C. Tuberculoza
   D. Mononucleoza infecţioasă
   E. Intoxicaţia cu digitalice

5. Care simptome indică afectarea nazofaringelui în mononucleoza infecţioasă la copii?
   A. Respiraţia nazală dificilă
   B. Tumefierea amigdalelor retronazale
   C. Tusea frecventă
   D. Respiraţia zgomotoasă cu gura deschisă
   E. Eliminări nazale purulene

6. În mononucleoza infecţioasă la copii se pot declanşa următoarele complicaţii:
A. Anemia hemolitică (mecanism autoimun)
B. Emfizemul subcutanat
C. Ruptura splinei
D. Hemoragii pulmonare
E. Abcese periamigdaliene

7. Mononucleoza infecţioasă se mai numeşte:
A. Boala sărutului
B. Boala ghearelor pe pisică
C. Angina monocitară
D. Febra ganglionară
E. Boala Lyme

8. Afectarea sistemului reticulo-endotelial în mononucleoza infecţioasă la copii se manifestă prin:
A. Mononucleare atipice în sângele periferic
B. Hepatosplenomegalie
C. Poliadenopatie
D. Afectarea bronhiilor şi bonşiolelor
E. Artralgii tranzitorii

9. Morbiditate maximă prin mononucleoza infecţioasă se înregistrează la:
A. Sugari
B. Preşcolari
C. Adolescenţi
D. Maturi
E. Adultul tânăr

10. Tabloul clinic al mononucleozei infecţioase la copii include:
A. Febra persistentă
B. Angina pseudomembranoasă
C. Poliadenopatie şi hepatosplenomegalie
D. Descuamaţia în lambouri pe palme şi plante
E. Dermografism alb

11. Variantele de evoluţie a mononucleozei infecţioase la copii sunt:
A. Ciclică, fără complicaţii
B. Cu complicaţii
C. Fulminante
D. Cu sechele

E. Cronică

12. Principalele cauze ale sindromului mononucleozic la copii sunt:
   A. Virusurile (EBV, CMV, adenovirus etc.)
   B. Regenerările medulare după agranulocitoza toxică
   C. Protozoarele (Toxoplasma gondii etc.)
   D. Bacteriile intracelulare
   E. Intoleranţa la gluten

13. Care sunt particularităţile hepatitei mononucleozice la copii, comparativ cu hepatita virală B?
   A. Evoluţie mai severă
   B. Splenomegalie pronunţată
   C. Febră durabilă
   D. Prezenţa mononuclearelor atipice în sânge
   E. Icter scleral şi tegumentar pronunţat

14. Biopsia ganglionară în mononucleoza infecţioasă la copii prezintă histomorfologic:
   A. Zone de necroze cu micro- şi macroabcese
   B. Hiperplazie simplă
   C. Proliferare histiocitară cu formarea de mononucleare
   D. Infiltraţie de celule epiteliale, limfocite, celule gigante
   E. Prezenţa celulelor hiperbazofile

15. În mononucleoza infecţioasă la copii erupţiile cutanate, în 10–15 % din cazuri, pot fi de tip:
   A. Variceliform
   B. Scarlatiniform
   C. Rubeoliform
   D. Rujeoliform
   E. Hemoragic

16. Identificaţi afirmaţiile incorecte despre mononucleoza infecţioasă la copii.
   A. Angina apare în 80% din cazuri.
   B. O complicaţie frecventă este anemia aplastică.
   C. Perioada de incubaţie durează 2–3 zile.
   D. Hepatita mononucleozică are un procent ridicat de cronicizare.
   E. Tabloul hematologic evidenţiaza limfocite atipice.

17. Modificările hematologice în mononucleoza infecţioasă la copii sunt:
   A. Leucocitoza moderată

B. Leucocitoza cu neutrofilie
C. Leucocitoza cu limfocitoză
D. Limfomonocitoză cu limfocite „atipice”
E. Trombocitopenia

18. Diagnosticul serologic al mononucleozei infecţioase la copii se bazează pe:
A. Evidenţierea anticorpilor heterofili nespecifici de tip Ig M (aglutinine)
B. Evidenţierea anticorpilor anti-HB cor sumar
C. Determinarea anticorpilor serici anti-VCA IgM
D. Determinarea anticorpilor serici anti-VCA IgG
E. Determinarea anticorpilor anti-HCV

19. Reacţia Paul-Bunnel-Davidsohn în diagnosticul mononucleozei infecţioase:
A. Este o reacţie de aglutinare a hematiilor de cal.
B. Este considerată pozitivă la titrul mai mare de 1:28 sau 1:40, în funcţie de sistemul de deluţie.
C. Se pozitivează după a 7-a zi de boală, uneori după 2–3 săptămâni.
D. Se negativează după 2–3 luni.
E. În 10–20% din cazuri de mononucleoza infecţioasă, reacţia rămâne negativă.

20. Selectaţi anticorpii consideraţi markeri de replicare virală în mononucleoza infecţioasă la copii:
A. Anticorpi IgM anti-VCA (Viral-Capsid-Antigen)
B. Anticorpi anti-EA (Early Antigen)
C. Anticorpi anti-EBNA (Epstein-Barr Nuclear Antigen)
D. Anticorpi antivirus Herpes simplex-1
E. Anticorpi IgG antivirus citomegalic

21. Precizaţi afirmaţiile corecte privind manifestările cutaneo-mucoase în mononucleoza infecţioasă la copii.
A. 5% din bolnavi prezintă o erupţie cutanată cu aspect maculos.
B. Administrarea ampicilinei sau amoxicilinei determină apariţia unei erupţii maculopapuloase pruriginoase în 90–100% din cazuri.
C. Erupţia maculopapuloasă poate apărea şi după întreruperea administrării ampicilinei.
D. 5% din bolnavi prezintă icter sclero-tegumentar.
E. În 25–60% din cazuri apar peteşii multiple de 1–2 mm în diametru pe palatul moale.

22. Indicaţi maladiile produse de virusul Epstein-Barr:
   A. Limfomul Burkit
   B. Carcinomul nazofaringian
   C. Limfoame cu celule T
   D. Carcinomul de col uterin
   E. Mononucleoza infecţioasă

23. Virusul Epstein-Barr prezintă:
   A. Potenţial oncogen
   B. Medulotropism
   C. Limfotropism
   D. Enterotropism
   E. Dermatropism

24. Virusul Epstein-Barr se transmite:
   A. Prin sărut cu saliva
   B. Prin picături fluide
   C. Prin transfuzii de sânge sau plasmă
   D. Prin transplant de organe
   E. Pe cale fecal-orală

NEUROTOXICOZA

Complement simplu

1. Neurotoxicoza are o evoluţie:
   A. Lentă
   B. Acută
   C. Cronică
   D. Recidivantă
   E. Ondulantă

2. Sindromul de neurotoxicoză se întâlneşte cel mai frecvent la copiii din grupa de vârstă:
   A. Nou-născuţi
   B. Sugari
   C. Preşcolari
   D. Şcolari
   E. Adolescenţi

3. Neurotoxicoza la copiii mici apare în:
   A. Infecţii intestinale acute
   B. Viroze respiratorii
   C. Anemii
   D. Hepatite virale
   E. Tuse convulsivă

4. Debutul şi evoluţia neurotoxicozei la sugari se află în deplină dependenţă de:
   A. Starea generală a organismului
   B. Particulatăţile anatomo-fiziologice ale tractului digestiv
   C. Starea SNC în perioada precedentă
   D. Etiologia bolii
   E. Statutul imun

5. Neurotoxicoza se dezvoltă intensiv la copiii cu:
   A. Patologii renale
   B. Patologii cardiovasculare
   C. Patologii cerebrale perinatale
   D. Patologii pulmonare
   E. Patologii hepatice

6. Edemul cerebral acut la sugar se caracterizează prin:
   A. Febră
   B. Inapetenţă
   C. Somn inversat
   D. Febră persistentă, malignă, agitaţie psihomotorie, ţipăt encefalic
   E. Vome repetate

7. Lichidul cefalorahidian în neurotoxicoză prezintă:
   A. Albuminorahie crescută
   B. Presiune mărită
   C. Pleiocitoză neutrofilică
   D. Glucorahie scăzută
   E. Lichid tulbure

8. Care simptom nu este caracteristic pentru neurotoxicoză, forma gravă?
   A. Convulsii
   B. Hipertermie
   C. Agitaţie psihomotorie
   D. Obnubilare
   E. Angina ulcero-membranoasă

9. Neurotoxicoza la sugari este caracterizată prin semne meningiene disociate. Care semn este prezent permanent?
   A. S. Lesage
   B. Redoarea cefei
   C. S. Kernig
   D. S. Brudzinski
   E. S. Babinski

10. Care sindrom indică un pronostic nefavorabil în neurotoxicoză?
   A. Hipertermic
   B. Meningian
   C. De coagulare intravasculară diseminată (SCID)
   D. Insuficienţă respiratorie
   E. Convulsiv

11. Evoluţia neurotoxicozei la copii depinde de:
   A. Particularităţile morfo-fiziologice ale sistemului nervos central
   B. Complicaţiile tardive în IRA
   C. Tratamentul antibacterian
   D. Infecţiile urinare asociate

E. Terapia antivirală

12. Histomorfologic, neurotoxicoza:prezintă:
    A. Necroze ale foliculilor solitari şi plăcilor Peyer
    B. Necroze ale ţesutului cerebral
    C. Edem cerebral extra- sau/şi intracelular
    D. Hipertensiune a lichidului cefalorahidian
    E. Empiem subdural

13. În neurotoxicoză, faza hiperdinamică se caracterizează prin:
    A. Debut brusc
    B. Debut lent
    C. Erupţii pe tegumente
    D. Areflexie
    E. Hipotonie musculară

14. Hipersensibilitatea SNC faţă de dereglările circulaţiei sangvine, diminuarea aportului de glucoză şi oxigen în neurotoxicoză se explică prin:
    A. Rezerva de glicogen mărită
    B. Reducerea rezervei de glicogen
    C. Mielinizarea suficientă a căilor nervoase
    D. Insuficienţă imunologică
    E. Hiperbilirubinemie

15. Neurotoxicoza poate avea evoluţie malignă în caz de predominarea:
    A. SCID (sindrom de coagulare intravasculară diseminată)
    B. Manifestărilor neurologice
    C. Insuficienţei respiratorii
    D. Hipertermiei
    E. Hipertransaminazemiei

16. În neurotoxicoză LCR prezintă:
    A. Hipertensiv, clar, incolor
    B. Tulbure, albicios
    C. Citorahie crescută
    D. Proteinorahie crescută
    E. Glicorahie mult scăzută

17. Cu care maladii are mai multe particularităţi clinico-morfologice comune neurotoxicoza?
    A. Meningite seroase
    B. Meningite purulente

C. Encefalite
D. Poliomielită
E. Mielită transversă

18. Pericolul de dislocare a creierului în neurotoxicoză în caz de:
A. Edem cerebral acut
B. Sindrom trombo-hemoragic
C. Sindrom de insuficienţă suprarenală
D. Sindrom hipertermic
E. Sindrom de hiperventilaţie

19. O evoluţie malignă caracterizează neurotoxicoza cu predominarea insuficienţei:
A. Respiratorii
B. Cardiovasculare
C. Renale
D. Hepatice
E. Microcirculatorii (SCID)

20. Diferenţierea neurotoxicozei de encefalită va fi posibilă prin:
A. Puncţia lombară
B. Hemoleucogramă
C. Evidenţa bolnavului în dinamică
D. Cons. neurologului
E. Cons. neurochirurgului

21. Disfuncţia centrului cardiovascular în neurotoxicoza de gradul I se caracterizează prin:
A. Bradicardie
B. Aritmie
C. Tahicardie pronunţată
D. Hipertensiune arterială
E. Hipotensiune arterială

22. În neurotoxicoza gr. III, tulburările senzoriale se manifestă prin:
A. Hiperestezie
B. Hipostezie
C. Anestezie
D. Parestezie
E. Fotofobie

23. În neurotoxicoza gr.II la sugar, fontanela anterioară este:
A. Tensionată
B. Tensionată sau/şi bombată
C. Bombată
D. Nemodificată
E. Excavată

24. Care din grupele de vârstă enumerate prezintă o susceptibilitate crescută la convulsii în condiţiile unei ascensiuni termice?
A. Sugarul şi copilul mic (până la 2 ani)
B. 2–5 ani
C. 5–10 ani
D. > 10 ani
E. Adolescenţii

25. Convulsiile febrile pot fi întâlnite la copiii cu:
A. Spasmofilie
B. Epilepsie
C. Neurotoxicoză
D. Tuse convulsivă
E. Tetanos

Complement multiplu

1. Medicaţia de prevenţie a neurotoxicozei la sugari este necesară la instalarea:
A. Febrei (37,5º şi mai mare)
B. Infecţiei respiratorii acute
C. Infecţiei intestinale acute
D. Otitei acute
E. Meningitei purulente

2. Care din următoarele virusuri produc lezarea toxică a sistemului nervos central?
A. Gripal
B. RS-virus
C. Adenovirusul
D. Rotavirusul
E. Virusul hepatitic A

3. Care dintre antecedentele enumerate favorizează declanşarea neurotoxicozei la copii?
A. Maladii şi intoxicaţii în perioada perinatală
B. Hipoxia fetală intrauterină

C. Trauma craniocerebrală natală
D. Dismicrobismul intestinal
E. Diarei acute repetate

4. Alegeţi sindroamele întâlnite în neurotoxicoză:
A. Hipertermic
B. Encefalic
C. Meningian
D. Hepatosplenomegalie
E. Stenoza laringiană

5. Simptomele clinice de bază ale edemului cerebral acut sunt:
A. Hipertermie
B. Convulsii
C. Agitaţie psihomotorie
D. Paralizii acute flasce
E. Hematemeză

6. Particularităţile clinice ale sindromului meningian în neurotoxicoză la sugari sunt:
A. Debut acut, agitaţie, febră, vome repetate
B. Semne meningiene disociate
C. Convulsii frecvente
D. Fontanela anterioară excavată
E. Tuse spasmodică

7. În edemul cerebral acut terapia de urgenţă la etapa prespitalicească include:
A. Antibiotice
B. Diuretice
C. Antivirale
D. Corticosteroizi
E. Anticonvulsive

8. Diagnosticul diferenţial în neurotoxicoză se va face cu următoarele boli grave:
A. Encefalita
B. Meningita, meningoencefalita
C. Spasmofilia
D. Oreionul
E. Apendicita

9. Numiţi elementele de pronostic nefavorabil în neurotoxicoză:
A. Diagnostic şi tratament tardiv (fazele a 2-a şi a 3-a)

B. Prezenţa sindromului de coagulare intravasculară diseminată
C. Tahipnee
D. Coma profundă
E. Anemia

10. Care investigaţii şi consultaţii ale specialiştilor se vor efectua de urgenţă în caz de neurotoxicoză?
A. Analiza generală şi biochimică a LCR
B. Radiografia cutiei toracice
C. Hematocritul, hemoleucograma, timpul de coagulare, numărul de trombocite, protrombina, ureea
D. Consultaţii neurolog, oftalmolog
E. Consultaţii neurochirurg, ORL

11. La instalarea primelor semne clinice de neurotoxicoză se vor administra urgent:
A. Antipiretice
B. Bronhodilatatoare
C. Anticonvulsive
D. Antivirale
E. Corticosteroizi

12. Neurotoxicoza la copiii de vârstă fragedă evoluează în următoarele faze:
A. Hiperdinamică
B. Hipodinamică
C. Comă cerebrală profundă
D. Spasmodică
E. Prodromală

13. În caz de convulsii la copii, este necesar să se excludă următoarele maladii:
A. Infecţia respiratorie virală acută cu sindrom de neurotoxicoză
B. Meningita, meningoencefalita
C. Trauma craniocerebrală
D. Hepatita virală
E. Apendicita acută

14. Care din termenii de mai jos sunt sinonime cu „neurotoxicoza”?
A. Reacţie encefalică
B. Encefalopatie toxiinfecţioasă
C. Encefalomielită
D. Toxicoză infecţioasă primară

E. Encefalopatie hepatică

15. Sindromul de neurotoxicoză apare mai frecvent în:
    A. Infecţii respiratorii virale acute (IRVA)
    B. Mononucleoză infecţioasă
    C. IRVA asociate cu infecţii bacteriene
    D. Infecţii intestinale acute
    E. Angină necrotică

16. Consecinţele neurotoxicozei la sugari pot fi:
    A. Însănătoşire completă
    B. Deces
    C. Sechele neurologice importante
    D. Limfoadenopatie persistentă
    E. Paralizii flasce

17. Examenul fundului de ochi, în caz de edem cerebral acut în neurotoxicoză, determină:
    A. Edem papilar
    B. Spasme arteriolare
    C. Dilataţie venoasă
    D. Hemoragii vasculare multiple
    E. Fără modificări

18. Criteriile clinice de dislocaţie cerebrală sunt:
    A. Dispnee progresivă
    B. Bradipnee, bradiaritmie
    C. Hipotensiune arterială
    D. Tahicardie
    E. Hipertensiune arterială

19. Semne clinice foarte importante în faza iritativă a neurotoxicozei:
    A. Hipertermie (39–40ºC)
    B. Agitaţie psihomotorie
    C. Diaree, dureri abdominale
    D. Cefalee stabilă
    E. Dizurie

20. Faza hipodinamică în neurotoxicoză se caracterizează prin:
    A. Hipertermie stabilă, malignă
    B. Adinamie, hipotonie musculară
    C. Convulsii generalizate

D. Comă cerebrală profundă
E. Deshidratare severă

21. Faza terminală în neurotoxicoză se caracterizează prin:
A. Hipotermie
B. Hipertermie malignă
C. Hipertensiune arterială
D. Comă cerebrală profundă
E. Respiraţie aritmică

22. La baza tratamentului neurotoxicozei sunt puse următoarele tipuri de tratament:
A. Preventiv
B. De urgenţă
C. Patogenetic, terapie intensivă
D. Antiviral
E. Antibacterian

ASOCIERE SIMPLĂ

Pentru fiecare afirmaţie din coloana 1–5 găsiţi varianta corectă din coloana A–E.

1. Elemenete eruptive:
1. Elemente hemoragice cu necroză în centru, stelate, pe alocuri macule-papule
2. Macule-papule polimorfe, confluente, abundente pe tot corpul
3. Macule, papule, vezicule, cruste
4. Macule mici (rozeole) pe fond hipermiat al pielii, mai abundente în pliurile cutanate
5. Macule discrete, mai abundente pe părţile extensorii ale corpului, pe fese

Sunt caracteristice pentru:

A. Varicelă
B. Scarlatină
C. Rubeolă
D. Rujeolă
E. Infecţia meningococică

2. Virusurile:
1.Urlian
2. Rujeolic

3. Rubeolic
4. Varicelo-zosterian
5. Gripal

Posedă tropism către:

A. Sistemele limforeticular, endotelial, respirator, mai puţin către sistemul gastrointestinal şi sistemul nervos central
B. Sistemul limfatic
C. Dermatotropism, neurotropism
D. Sistemul glandular şi sistemul nervos central
E. Sistemul respirator şi sistemul nervos central

3.
1. Edem cervical răspândit până la clavicule
2. Edem cervical răspândit până la prima plică cutanată a gâtului
3. Edem cervical răspândit mai jos de clavicule
4. Edem şi tumefacţie laterocervicală cauzată de ganglionii limfatici
5. Edem şi tumefacţie submaxilară

Este (sunt) caracteristic(e) pentru:
A. Oreion
B. Difteria faringiană toxică gr.I
C. Difteria faringiană toxică gr.II
D. Difteria faringiană toxică gr.III
E. Mononucleoza infecţioasă

4. Lichidul cefalorahidian este:

1. Tulbure, albicios; pleiocitoză mare (mii în 1 ml) neutrofilică; albuminorahie moderată; clorurorahia – normă; glucorahia – uneori scăzută.
2. Transparent, clar; pleiocitoză moderată (sute în 1 ml) limfocitară; albuminorahie neînsemnată; clorurorahia – normă; glucorahia – normă.
3. Transparent, rareori opalescent; pleiocitoză însemnată (mii), limfocitară; clorurorahia, glucorahia – normă.
4. Transparent, clar; pleiocitoză neînsemnată (zeci, sute), limfocitară; clorurorahia, glucorahia – normă.
5. Opalescent; pleiocitoză moderată (sute), mixtă, limfocitară; albuminorahie pronunţată; clorurorahia, glucorahia – scăzute.

În:

A. Meningita urliană
B. Meningita enterovirală
C. Coriomeningita limfocitară benignă
D. Meningita tuberculoasă
E. Meningita meningococică

5.

1. Erupţii hemoragice (echimoze) (0,2–1 cm, 3 x 5 cm şi mai mari) pe trunchi şi membre
2. Erupţii hemoragice stelate cu necroze pe fese şi membrele inferioare
3. Erupţii hemoragice (peteşii) pe faţă şi gât
4. Erupţii hemoragice (peteşii) pe faţă şi gât, hemoragii pe conjunctive şi sclere
5. Erupţii hemoragice (peteşii, hemoragii) pe trunchi şi membre

Apar în:

A. Infecţia meningococică
B. Gripă
C. Septicemie
D. Pertussis
E. Vasculita hemoragică

6. Afectări ale sistemului nervos central şi sistemului nervos periferic posibile:

1. Meningita purulentă primară
2. Meningita purulentă secundară
3. Meningita, meningoencefalita seroasă primară
4. Meningoencefalita seroasă (complicaţie)
5. Polinevrita toxică

Se înregistrează în:

A. Oreion
B. Infecţia meningococică
C. Rujeolă
D. Difterie
E. Scarlatin

7. Modificări ale mucoasei orofaringiene:

1. Stomatita catarală discretă, rareori enantem
2. Stomatită, gingivită, enantem, semnul Filatov-Koplik
3. Vezicule, eroziuni

4. Semnul Mursou
5. Angina delimitată, dureroasă, „în flăcări”

Apar în:

A. Scarlatină
B. Oreion
C. Varicelă
D. Rujeolă
E. Rubeolă

8. Erupţiile:

1. Hemoragice
2. Rozeoloase
3. Maculo-papuloase confluiente
4. Veziculopapuloase
5. Micromaculoase

Apar în:

A. Infecţia meningococică
B. Rujeolă
C. Rubeolă
D. Scarlatină
E. Varicelă

9. Următoarele simptome:

1. Voce răguşită
2. Afonie
3. Tuse lătrătoare
4. Tuse lătrătoare, apoi afonică
5. Respiraţie zgomotoasă din momentul naşterii

Se înregistrează în:

A. Difteria laringiană
B. Viroza respiratorie
C. Difteria laringiană, perioada stenonică
D. Stridor congenital
E. Stenoza laringiană în infecţii respiratorii acute

10. Afectarea glandelor salivare:

1. Unilaterală, dură, dureri la masticaţie

2. Bilaterală, foarte dură, dureroasă, eliminări purulente din canalul stenon
3. Bilaterală, dur elastică, sensibilă, semnul Mursou pozitiv, dureri la masticaţie
4. Bilaterală, elastică, stare generală gravă
5. Bilaterală, elastică, nedureroasă, crepitaţie

Se observă în:

A. Parotidita toxică
B. Parotidita urliană
C. Parotidita supurată (purulentă)
D. Litiaza urliană
E. Emfizemul parotidian

11. Evoluţia următoarelor tipuri de elemente eruptive:

1. Semnul Pastia, descuamare
2. Pigmentare, descuamare
3. Cruste, depigmentare
4. Necroze, defecte adânci ale dermei
5. Erupţia nu lasă urme

Este caracteristică următoarelor maladii:

A. Rujeola
B. Scarlatina
C. Rubeola
D. Infecţia meningococică cu meningococemie
E. Varicela

12. Următoarele simptome:

A. Inspiraţie îngreunată
B. Tuse, dispnee, cianoza tegumentelor
C. Expiraţie îngreunată
D. Convulsii, pierderea cunoşti, somnolenţă, vome repetate
E. Dureri abdominale, vome repetate, scaune lichide frecvente sau constipaţii
F. Hemorajii nazale, hemoragii punctiforme pe faţă, gât

Sunt caracteristice sindroamelor în gripă:

A. Neurotoxicoză
B. Crup
C. Sindrom obstructiv sau astmatic
D. Edem pulmonar segmentar
E. Sindrom abdominal

F. Sindrom hemoragic

13. Următoarele modificări orofangiene:

1. Depuneri alb-gălbui pe amigdale şi în lacune
2. Depuneri gălbui-murdar ce se detaşează uşor pe amigdale, uvulă, pilieri
3. Membrane fibrinoase ce acoperă amigdalele şi se detaşează cu greu, lăsând mucoasa sângerândă
4. Depuneri albe pe amigdale şi mucoasa bucală ce se detaşează uşor
5. Foliculi proeminenţi, roşii şi eroziuni pe mucoasa hiperemiată a amigdalelor, pe uvulă, pilieri

Sunt caracteristice pentru:

A. Difteria faringiană
B. Angina lacunră
C. Angina necrotică
D. Angina herpetică
E. Candidoza orofaringiană

14. Afecţiunile ganglionilor limfatici:

1. Adenopatie cervicală
2. Adenopatie absentă
3. Adenopatie generalizată moderată
4. Adenopatie generalizată şi hepatosplenomegalie
5. Adenopatie generalizată cu predominarea nodulilor laterocervicali şi occipitali

Apar în:

A. Rujeolă
B. Rubeolă
C. Scarlatină
D. Oreion
E. Mononucleoza infecţioasă

15. Următoarele semne clinice:

1. Febră de 3 zile, semne catarale slab pronunţate. Neurotoxicoză, faza hipodinamică
2. Febră persistentă. Semne catarale pronunţate. Conjunctivită
3. Edem palpebral, membrane false pe conjunctive, febră
4. Scaune lichide voluminoase, frecvente, cu mucozităţi. Febră moderată
5. Angină, adenopatie. Limfocitoză, limfocite atipice

Apar în:

A. Adenoviroze
B. Gripă
C. Difteria conjunctivală
D. Mononucleoza infecţioasă
E. Entercolita acută

16. Modificările mucoaselor la copii:

1. Angina lacunară
2. Angina membranoasă
3. Limba „zmeurie”
4. Faringită, conjunctivită
5. Herpangină

Sunt caracteristice următoarelor maladii infecţioase:

A. Infecţia adenovirală
B. Difteria
C. Mononucleoza infecţioasă
D. Scarlatina
E. Infecţia enterovirală

17. Respiraţia este accelerată:

1. 40 resp/min. şi mai mult
2. 50 resp/min. şi mai mult
3. 60 resp/min. şi mai mult

La copilul în vârstă de:

A. Până la 2 luni
B. 2–12 luni
C. 1–5 ani

18. Cele mai frecvente complicaţii la copii:

1. Miocardita toxică
2. Pneumonia
3. Glomerulonefrita
4. Otita
5. Edemul cerebral acut

Se întâlnesc în maladiile:

A. Infecţii respiratorii virale acute

B. Scarlatină
C. Difterie
D. Meningită
E. Viroze respiratorii, gripă, scarlatină

19. Caracteristica clinică a crupului (stenoza laringeană) în infecţiile respiratorii acute după gradul de severitate:

1. Gradul I
2. Gradul II, laringotraheită
3. Gradul III, laringotraheogronşită
4. Gradul IV

A. Cunoştinţă clară, neliniştit. Dispnee cu tiraj intercostal în stare de repaos. Inspiraţie îngreuiată. Cianoză periorală
B. Periodic neliniştit. Inspiraţie îngreuiată
C. Tirajul cutiei toracice maximal sau respiraţie superficială. Uşor se epuizează. Respiraţie zgomotoasă, se aude la distanţă
D. Fără cunoştinţă. Respiraţie aritmica, superficială. Cianoză totală

20. Spectrul serologic (markerii) în hepatita virală B:

	HBsAg	anti-HBs	anti-HBc	AgHBe	anti-HBe
1.	+	-	+ IgM	+	-
2.	+	-	+ IgG	+	-
3.	+	-	+ IgG	-	+
4.	-	-	+ IgM	+/-	+/-
5.	-	+	-	-	-

Corespunde următoarelor forme clinice:

A. Hepatita virală B acută
B. Hepatita B trenantă sau cronică (contagiozitate minimală)
C. Hepatita cronică B (contagiozitate mare)
D. Perioada de convalescenţă după hepatita virală B sau perioada postvaccinală contra HVB
E. Hepatita virală B acută (contagiozitate majoră)

21. Terapia în HVB acută la copii:

1. Interferon alfa
2. Substanţe lipotrope
3. Vitamine B,C
4. Glucocorticoizi
5. Colestiramină

Are următoarele efecte:

A. Influenţează favorabil, de scurtă durată manifestările clinice şi biologice, dar nu şi cele histomorfologice

B. Scăderea ADN polimerazei si efect imunomodulator

C. Intervin în metabolismul deficitar hepatic, în special glucidic

D. Se foloseşte în forme cu icter prelungit

E. Indicat în cazuri de hepatită virală B la pacienţii cu steatoză hepatică

22. Următoarele simptome:

A. Tuse în acces

B. Catar respirator pronunţat

C. Erupţii hemoragice

D. Vome repetate, diaree

E. Febră, erupţii rozeoloase

Apar la copii în:

A. Infecţia adenovirală

B. Infecţia intestinală acută

C. Pertussis

D. Scarlatină

E. Infecţia meningococică

23. Indicaţi maladiile în care cel mai frecvent se întâlneşte:

1. Hepatosplenomegalia
2. Splenohepatomegalia

A. Icter hemolitic

B. Hepatita virală B acută

C. Mononucleoza infecţioasă

D. Malaria

E. Hepatita toxică

24. Următoarele semne clinice:

A. Tulburări de deglutiţie, voce nazonată, insuficienţă respiratorie

B. Asimetria feţei, pleoapele nu se închid

C. Infecţia asiptomatică, cu formare de imunitate specifică

D. Tulburări de cunoştinţă, nistagm, dereglări vestibulare, semne de focar cerebral

E. Febră, cefalee, vome, semne meningiene pozitive, pleiocitoză limfocitară

Sunt caracteristice pentru:

A. Poliomielită, forma pontină
B. Poliomielită, forma bulbară
C. Poliomielită, forma inaparentă
D. Poliomielită, forma encefalitică
E. Poliomielită, forma meningiană

25.

A. Scaune sărace, cu mucus şi striuri de sânge
B. Scaune abundente, afecaloide, apoase
C. Scaune lichide, nedigerate, galbene aprinse, abundente
D. Scaune lichide, nedigerate, albicioase
E. Scaune abundente, lichide, verzui, cu mult mucus

Sunt caracteristice pentru:

A. Dizenterie
B. Salmoneloză
C. Escherichioză cu Esch. enteropatogenă
D. Rotaviroză
E. Holeră

26.

A. Poziţia bolnavului în pat, pe o parte, cu capul în retroflexie şi picioarele aduse la abdomen

B. Poziţia copilului în pat, pe o parte, cu picioarele aduse la abdomenul încordat

C. Poziţia sugarului: opistotonus, mâinile încordate întinse de-a lungul trunchiului şi pumnii strânşi în retroversie, picioruşele încordate şi încrucişate la nivelul gambelor

D. Poziţia copilului pe spate, mâinile active, picioarele întinse, neîncordate, atonice, nemişcate

E. Poziţia copilului: opistotonus, trismus masticator.

Pentru care boli este caracteristică fiecare poziţie?

A. Poliomielită, forma spinală
B. Meningită
C. Ependimatită
D. Tetanus

E. Boala chirurgicală abdominală

27.

1. Leziunile apar pe piele şi/sau pe mucoasă unilateral, în teritoriul de distribuire a nervilor trigemen şi intercostali
2. Buchet de vezicule care apar mai frecvent la joncţiunea tegument-mucoasă a buzelor, cu cruste în convalescenţă, cu durata de 7 zile
3. Localizarea la nivelul mucoasei orale, faringiene, genitale; durează câteva săptămâni şi poate recidiva
4. Pe un fond de eritem apar papule, vezicule, cu dimensiuni de 1–2 mm, care, de obicei, ulcerează. Apar mai ales pe arcurile palatine, uvulă şi, uneori, pe amigdale, fiind însoţite de fenomene generale importante
5. Vezicule uniloculare, cu aspect de „picături de rouă”, localizate pe tegumente şi mucoase la nivelul cavităţii bucale; acoperişul fragil al veziculei se rupe uşor, lăsând o ulceraţie cu aspect de aftă, cu dureri la masticaţie şi sialoree.

Sunt caracteristice pentru:

A. Herpes simplu labial recurent
B. Herpes simplu primar (tip II)
C. Herpangină
D. Varicelă
E. Herpes zoster

28. Sindroamele clinice în salmoneloză:

1. Toxic
2. De deshidratare
3. Hepatolienal
4. Hemocolită

Corespund următoarelor forme clinice:

A. Gastroenteritică
B. Gastroenterocolitică
C. Tifoidică
D. Septică

29. Aspectul faciesului la copilul bolnav:

1. Faţă cu obrajii congestionaţi, sclerele injectate („ochi de iepure”)
2. Faţă cu obrajii congestionaţi, buzele carminate şi paliditate circumorală
3. Faţă palidă, edemată, cianoză periorală, hemoragii ale sclerelor

4. Obraji congestionaţi, în contrast cu paloarea şi nuanţa subicterică; buzele carminate („buze vopsite”)
5. Faţă palidă, muşchii maseteri contractaţi („rizus sardonicus”)

Sugerează diagnosticul:

A. Hepatita virală (facies hepatica)
B. Pertussis
C. Scarlatina
D. Tetanosul
E. Meningita

30. Elementele cutanate secundar:

1. Pigmentarea erupţiilor şi descuamarea tărâţoasă
2. Descuamarea în lambouri pe palme şi tălpi
3. Pigmentarea erupţiilor fără descuamare
4. Cruste
5. Pigmentarea şi descuamarea lipsesc

Sunt caracteristice pentru:

A. Scarlatină
B. Rubeolă
C. Varicelă
D. Rujeolă
E. Enteroviroze cu exantem

31. Copiii bolnavi de salmoneloză, forme:

1. Gastroenteritică
2. Gastroenterocolitică
3. Tifoidică
4. Septică

Se vor trata cu:

A. Antibiotice intravenos, imunoterapie, simptomatice, perfuzii endovenoase
B. Antibiotice per os, rehidratare perorală cu SRO
C. Fără antibiotice, rehidratare perorală cu SRO
D. Antibiotice intramuscular, perfuzii endovenoase în scop de detoxicare

32.

1. Vome repetate (incoercibile uneori) în debut
2. Vome cu sânge
3. Vome 1–2 pe zi, 5–7 zile

4. Vome absente sau 1–2 în primele 1–2 zile de boală
5. Vome cu resturi de hrană

Sunt caracteristice pentru:

A. Toxiinfecţie alimentară
B. Dizenterie
C. Escherichioză cu Esch. enteropatogenă şi Esch. enterotoxigenă
D. Nu se înregistrează în infecţii intestinale acute la copii
E. Holeră

33. În poliomielită, formele clinice:

1. Spinală
2. Meningiană
3. Bulbară
4. Pontină
5. Encefalitică

Necesită să fie diferenţiate de:

A. Botulism, paralizii postdifterice
B. Meningita enterovirală, tuberculoasă
C. Nevrita n. facial, paralizii faciale
D. Meningoencefalite, encefalite virale
E. Nevrita traumatică, fracturi, polineuropatii toxice, osteomielită

34. Sindroamele clinice:

1. Gastroenteritic
2. Enterocolitic
3. Enteritic
4. Hemolitico-uremic
5. Neurotoxic

Sunt înregistrate în escherichioza cu:

A. Esch. enteroinvazivă
B. Esch. enterotoxigenă
C. Esch. enterohemoragică
D. Esch. enteropatogenă
E. În toate escherichiozele este posibil

35. Markerii HVB:

1. Antigen HBs
2. Anticorpi anti-HBc IgM
3. Antigen HBe
4. ADN HVB
5. Antigen HBc în hepatocite

A. Este marker pentru diagnosticul pozitiv al hepatitei virale B, infecţiozitate şi pronostic

B. Cel mai fidel marker al infecţiei cu virusul hepatitic B

C. Antigen care poate fi blocat în complexe antigen-anticorp, lipsind temporar din ser

D. Poate fi decelat chiar în situaţia unor reacţii serologice negative

E. Markeri de infecţie actuală şi activă

PREZENTARE DE CAZ SIMPLU

1. Copilul în vârstă de 5 ani prezintă febră, cefalee, vomă (2 ori), fotofobie timp de 2 zile: conştient, răspunde la întrebări corect. Obrajii congestionaţi, sclerele injectate. Poziţia în pat – cu capul în retroflexie şi picioarele aduse la abdomen. Redoarea cefei, semnele Kernig şi Brudzinski pozitive. Reflexele abdominale absente. Mucoasele orofaringiene hiperemiate, secreţii nazale seroase.

Care este cea mai importantă investigaţie pentru stabilirea diagnosticului clinic?

A. Tomografia computerizată a craniului
B. Ecografia craniului
C. Radiografia craniului
D. Examenul bacteriologic al secreţiilor nazale
E. Puncţia lombară şi examenul lichidului cefalorahidian

2. Copilul în vârstă de 3 ani, cu rujeolă (ziua a 3-a–a 4-a a bolii), prezintă conjunctivită, rinită, gingivită.

Pentru prevenirea suprainfecţiilor bacteriene acţiunea corectă va fi:

A. Îngrijirea mucoaselor, igiena
B. Administrarea imunoglobulinei antirujeolice
C. Administrarea preparatelor antivirale
D. Administrarea preparatelor antibacteriene
E. Vitaminele A, C

3. Copilul în vârstă de 5 luni prezintă febră moderată, rinită cu eliminări nazale seroase abundente, tuse umedă, lacrimare. La examinare – conjunctivită foliculară, mucoasa orofaringelui hiperemiată, granuloasă, fără depuneri. În a 2-a zi a bolii au apărut scaune lichide (5 ori) fără mucozităţi. Vome nu a avut.

Diagnosticul poate fi:

A. Gripă
B. Pneumonie
C. Adenoviroză cu sindrom diareic
D. Difterie conjunctivală
E. Enterocolită acută

4. Copilul în vârstă de 2 ani, cu rujeolă, în ziua a 4-a a bolii prezintă dispnee şi cianoză, insuficienţă cardiorespiratorie.

Conduita corectă va fi:

A. Examenul radiologic al cutiei toracice
B. Preparate antivirale, cardiace
C. Antibiotice

D. Spitalizare urgentă, preparate antibacteriene, cardiace, terapie intensivă
E. Observare în dinamică la domiciliu

5. Copilul în vârstă de 5 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră (37,5ºC), slăbiciune. Acuză dureri la masticaţie. Se observă tumefacţie în fosa retromandibulară stângă. Glanda parotidiană mărită, dur-elastică, uşor dureroasă, culoarea pielii – neschimbată.
Conduita corectă este:
A. Spitalizarea copilului
B. Tratament antibacterian
C. Tratament antiviral
D. Tratament simptomatic la domiciliu şi supravegherea medicului de familie
E. Corticoterapia

6. Copilul în vârstă de 10 luni s-a îmbolnăvit brusc: febră (38,5ºC), agitaţie, vărsături, insomnie. Faţa congestionată, buzele uscate, sclerele injectate, redoarea cefei. Pe membrele inferioare şi pe fese – erupţii hemoragice stelate.
Conduita corectă este:
A. Administrarea de antipiretice la domiciliu şi supravegherea medicului de familie (zilnic)
B. Indicaţii de tratament la domiciliu, supravegherea medicului de familie (zilnic)
C. Acordarea asistenţei medicale de urgenţă şi supravegherea la domiciliu (la fiecare 1–2 ore).
D. Acordarea asistenţei medicale prespitaliceşti şi spitalizarea
E. Tratamentul în staţionarul de zi
7. Pacientul A., în vârstă de 3 ani, s-a îmbolnăvit acut: are febră (39ºC), dureri la deglutiţie, cefalee, erupţii cutanate punctiforme, enantem, limfadenită cervicală.
Stabiliţi diagnosticul preliminar:
A. Rujeolă
B. Rubeolă
C. IRVA
D. Scarlatină
E. Mononucleoza infecţioasă

8. Copilul în vârstă de 10 ani s-a adresat la medic în ziua a 2-a a bolii, cu acuze la: cefalee, febră, catar respirator, conjunctivită.
Diagnosticul de rujeolă a fost stabilit în prezenţă de:
A. Enantem, erupţii maculoase discrete pe tot corpul
B. Enantem, stomatită, gingivită, semnul Filatov-Koplik
C. Angină catarală, poliadenopatie, splenomegalie
D. Erupţii maculopapuloase confluente, pruriginoase pe tot corpul

E. Stomatită cu depuneri albicioase care se detaşează uşor

9. Pacientul S., în vârstă de 8 ani, s-a îmbolnăvit acut: febră (40,2ºC), vome repetate, convulsii. A doua zi, au apărut erupţii punctiforme (rozeole şi peteşii) pe corp. În istm – hiperemie aprinsă, delimitată. Semnele meningiene slab pronunţate. Oligurie.

Stabiliţi diagnosticul preliminar:
A. Gripă
B. Infecţie meningococică
C. Infecţie enterovirală, meningită seroasă
D. Scarlatină, forma toxică
E. Pseudotuberculoză

10. Copilul în vârstă de 2 ani, bolnav de 2 zile, prezintă tuse, febră (39,5ºC). Frecvenţa respiraţiei – 36 pe min. Tirajul cutiei toracice lipseşte. Fără stridor. Are respiraţie astmoidă (prima dată). Semnele generale de pericol lipsesc.

Ce maladie se poate suspecta?
A. Pneumonie
B. IRA. Sindrom obstructiv (astmatic)
C. IRA. Sindrom de crup
D. Astm bronşic
E. Pertussis

11. Un copil în vârstă de 6 ani s-a adresat la medic în a 3-a zi a bolii cu acuze: tº 38ºC, dureri moderate la deglutiţie, inapentenţă, stare generală rea. Examenul fizic a depistat: angină cu depuneri de culoare albă (cu nuanţă galbuie) pe amigdale, luetă, pilieri, care se detaşau greu, lăsând suprafaţa sângerândă, erau dur-elastice şi nu se striveau între două lame. A fost suspectată difteria faringiană răspândită (edem cervical absent).

Indicaţi tratamentul:
A. Eritromicină (per os)
B. Penicilină (intramuscular)
C. Ser antidifteric (intramuscular)
D. Penicilină (intramuscular); ser antidifteric (intramuscular)
E. Eritriomicină (per os); ser antidifteric (intravenos)

12. Copilul în vârstă de 10 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră, cefalee pronunţată, vome repetate. Semne meningiene pozitive. Leucopenie.

Conduita corectă în acest caz va fi:
A. Examenul ultrasonor al organelor interne
B. Observaţie pe parcurs
C. Puncţia lombară

D. Tratament antibacterian
E. Spălături gastrice

13. Copilul în vârstă de 9 luni s-a îmbolnăvit în urmă cu 3 ore: febră (39ºC), convulsii, obnubilare, vomă, diaree, tuse. Examenul obiectiv: paliditate, cianoză periorală şi periorbitală, tahipnee, tahicardie, redoarea cefei, semnele Brudzinski şi Lesage pozitive.
Ce preparate trebuie administrate urgent?
A. Antipiretice
B. Anticonvulsive
C. Corticosteroizi
D. Diuretice
E. Toate cele enumerate mai sus

14. Copilul în vârstă de 10 ani cu oreion, forma glandulară medie. În ziua a 7-a a bolii au apărut cefalee, febră (39ºC), dureri în epigastru şi sub formă de „centură”, constipaţii.
Diagnosticul suspect va fi:
A. Apendicită acută
B. Pancreatită acută
C. Gastroduodenită acută
D. Toxiinfecţie alimentară
E. Ocluzie intestinală

15. Copilul în vârstă de 5 ani cu acuze la febră (37,5ºC) şi rinită timp de 2 zile. La examinare prezintă erupţii maculoase, roz-pale, discrete, pe părţile extensorii ale membrelor, faţă, fese. Enantem. Ganglionili limfatici periferici, mai mult cei cervicali posteriori şi occipitali – tumefiaţi, sensibili la palpare. A fost stabilit diagnosticul de rubeolă.
Indicaţi modificările hematologice caracteristice:
A. Leucopenie, limfocitoză
B. Leucocitoză, neutrofilie cu deviere spre stânga
C. Leucocitoză, limfocitoză, VSH încetinit
D. Leucopenie, limfocitoză, celule plasmatice Türck
E. Leucopenie, neutropenie, VSH accelerat, anemie

16. Copilul în vârstă de 12 ani s-a îmbolnăvit brusc, cu febră mare, dureri la deglutiţie. În ziua a doua a apărut o tumefacţie cervicală în partea stângă, în a treia zi – şi în dreapta. La examenul fizic: paliditate, respiraţie îngreunată, hiperemie faringiană, amigdale tumefiate cu depuneri albicioase, dure, compacte. Ganglionii limfatici cervicali – tumefiaţi.
Diagnosticul posibil va fi:
A. Angină lacunară
B. Angină necrotică

C. Oreion
D. Mononucleoză infecţioasă
E. Difterie faringiană

17. Copilul în vârstă de 6 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră (38,5ºC), dureri la deglutiţie, erupţii rozeoloase pe tot corpul, mai cu seamă în plicile cutanate. În ziua a 6-a a apărut adenoflegmul cervical.
Tratamentul medicamentos se va face cu unul din următoarele preparate:
A. Ampicilina
B. Cotrimoxazol
C. Phenoxymethylpenicillină
D. Benzylpenicilină
E. Corticosteroizi

18. Copilul în vârstă de 1 an şi 6 luni s-a îmbolnăvit: subfebrilitate, tuse, voce răguşită, indispoziţie. În ziua a doua a bolii şi-a pierdut vocea, tusea a devenit afonică. Tahipnee. A apărut tiraj intercostal şi al cutiei toracice. Semne de catar al căilor respiratorii superioare (rinită, faringită) lipsesc. În familie, un copil suferă de angină (a treia zi).
Diagnosticul posibil va fi:
A. Viroză respiratorie acută
B. Laringotraheită acută
C. Laringotraheită stenozantă acută
D. Difterie laringiană
E. Corp străin laringian

19. Copilul în vârstă de 3 luni se îmbolnăveşte acut; are febră, vomă repetată, scaune lichide verzui, cu mucus la a 3-a zi şi cu conţinut sangvinolent, de 8–12 ori pe zi. Cu 5 zile înainte de a se îmbolnăvi, a fost externat din secţia pediatrie, unde a fost tratat de pneumonie bilaterală. Din materiile fecale s-a izolat Salmonella thyphimurium.
Indicaţi antibioticul potrivit:
A. Penicilină
B. Gentamicină
C. Eritromicină
D. Tetraciclină
E. Polimixină

20. Copilul în vârstă de 2 luni a fost spitalizat la a 7-a zi a bolii cu acuze la tuse în accese (15–20 pe zi), vome, convulsii. Date obiective: faţă edemată, palidă, cianoză periorală, hemoragii în sclere, fontanela anterioară bombată. În plămâni raluri uscate, tahicardie; abdomenul balonat, scaune de 2–3 ori pe zi, terciforme.

Ce trebuie să facem pentru confirmarea diagnosticului etiologic?
A. Puncţia lombară şi analiza LCR
B. Spălături gastrice
C. Hemoleucograma
D. Însămânţarea secreţiilor faringiene
E. Radiograma cutiei toracice

21. Copilul în vârstă de 6 ani prezintă dureri abdominale periodic, de tip spastic, predominant periombilicale şi din dreapta, vomă 1–2 ori, t° 37,3°C, scaune diareice 2 ori pe zi. Abdomenul la palpare – dureros, încordat. Limba – saburală.
Conduita corectă va fi:
A. Spălături gastrice
B. Antipiretice
C. Spasmolitice
D. Examinarea leucocitozei
E. Consultaţia medicului chirurg

22. Copilul în vârstă de 2 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră (39,3°C), vome, excitaţie. S-a tratat de IRA. Temperatura s-a normalizat, însă copilul a încetat să se sprijine pe picioare şi a fost spitalizat. La internare – cunoştinţă clară. În membrele inferioare lipsesc mişcările active. Tonusul muscular – scăzut. Reflexele osteotendinoase la membrele inferioare şi cele abdominale lipsesc. Senzorul păstrat. Nu poate şedea fără ajutor.
Diagnosticul preventiv:
A. Mielită traumatică
B. Nevrită traumatică
C. Poliomielită, forma spinală
D. Infecţie respiratorie acută, neurotoxicoză
E. Poliradiculoneuropatie

23. Copilul în vârstă de 3 luni a suportat salmoneloza thyphimurium, formă gravă, care a evoluat lent, ondulant, cu subfebrilitate, vome, scaune terciforme, cu mucus, rareori lichide (3–4 ori pe zi). Se depistează hepatosplenomegalie, pneumonie bilaterală în focare, pielonefrită, otită purulentă, anemie, hipotrofie (gr. II–III) .
Selectaţi forma clinică a salmonelozei:
A. Gastrointestinală
B. Tifoidică
C. Septică

24. Copilul în vârstă de 4 luni s-a îmbolnăvit acut: scaune lichide, nedigerate (4 ori pe zi), de culoare albicioasă, apatie, refuză hrana, peste 3 zile a apărut icterul. La internare, a 4-a

zi de boală, starea generală gravă, cunoştinţa clară, somnolent, periodic neliniştit, inapetenţă, regurgitează 1–2 ori în zi. Icterul pielii şi al mucoaselor – pronunţat, hemoragii punctiforme pe picioare, ficatul– dur, elastic, cu 4 cm sub rebordul costal, dureros. Splina – la rebordul costal. Reflexele osteotendinoase – exagerate. În contact cu bolnavii de boli infecţioase acute nu a fost.

Diagnosticul prezumtiv:

A. Hepatita virală A, forma severă

B. Hepatita virală B, forma severă

C. Hepatita virală B, forma malignă

D. Gastroenterita acută şi hepatita toxică

E. Hepatita virală D, forma severă

25. Copilul în vârstă de 3 luni: hiponutriţie (gr. II–III), diaree, vomă repetată, regurgitaţie, colici abdominale, scaune sangvinolente, semne de deshidratare pronunţată.

Conduita corectă va fi:

A. Tratamentul cu antibiotice la domiciliu

B. Rehidratarea orală la domiciliu

C. Spitalizare şi perfuzii intravenoase

D. Administrarea soluţiilor pentru rehidratare orală în timpul transportării, spitalizarea

E. Administrarea soluţiilor pentru rehidratare orală în timpul transportării, spitalizare + alimentare corectă. Antibiotice

26. Copilul în vârstă de 10 ani se tratează în secţia de boli infecţioase cu diagnosticul hepatită virală B. În a treia săptămână de boală, i s-a ridicat temperatura până la 39ºC, au apărut prurit, „înţepaturi”, dureri şi hiperemie în regiunea intercostală stângă. A doua zi starea s-a agravat: 39,5ºC, cefalee, au apărut vezicule mici în grupuri (0,3–0,5 mm) şi conţinut transparent în regiunea intercostală stângă.

Conduita corectă va fi:

A. Izolarea bolnavului în boxă separată

B. Tratament cu preparate antivirale

C. Tratament simptomatic

D. Continuarea tratamentului hepatitei virale

E. Toate cele enumerate mai sus

27. Copilul în vârstă de 4 luni s-a îmbolnăvit brusc, are febră (38ºC), agitaţie, vome repetate, scaune verzui, lichide, voluminoase, cu mucus şi striuri de sânge. Mama a suportat o boală cu tabloul clinic similar. Mama alăptează copilul.

Conduita corectă va fi:

A. Continuarea alăptării la sân

B. Antibioticoterapia

C. Perfuzii endovenoase
D. Administrarea soluţiilor pentru rehidratare orală
E. Toate cele enumerate mai sus

28. Copilul în vârstă de 12 ani cu gripă. În ziua a 3-a a bolii au apărut frisoane, durere, senzaţie de arsură pe cutia toracică din dreaptă. La examinare: eritem, edem cutanat în forma de semicentură. Pe acest fond – erupţii, macule, papule, vezicule cu conţinut clar, polimorfe, în grupuri. A fost stabilit diagnosticul Herpes zoster.
Aprecierea corectă va fi:
A. Acest bolnav este sursă de infecţie pentru varicelă
B. Sursă de Herpes simplex genital
C. Nu este sursă de varicelă
D. Sursă de infecţie Herpes simplex
E. Nu este sursă de Herpes zoster

29. Copilul în vârstă de 8 ani acuză brusc dureri în gât, cefalee, febră. Obiectiv: hiperemia faringelui, pe pilierii anteriori – 3 eroziuni şi o veziculă.
Diagnosticul clinic în acest caz poate fi:
A. Angina streptostafilococică
B. Herpangina enterovirală
C. Stomatita
D. Varicela
E. Trauma mucoasei amigdalelor

30. Copilul în vârstă de 1 an şi 6 luni s-a îmbolnăvit: are febră (39ºC), diaree, refuză hrana. Scaunele repetate (4–5 ori/zi) conţineau mucus şi sânge (striuri şi picături). Din materiile fecale s-a izolat Campilobacter coli.
Conduita corectă va fi:
A. Prescrierea tratamentului cu antibiotice la domiciliu, rehidratarea orală
B. Spitalizarea, tratamentul cu antibiotice, rehidratarea orală
C. Spitalizarea, tratamentul cu antibiotice, perfuzii endoravenoase
D. Tratamentul la domiciliu prin metoda de rehidratare orală, continuarea alimentaţiei
E. Spitalizarea, rehidratarea orală, alimentaţia corectă

31. Copilul în vârstă de 1 an şi 2 luni a fost spitalizat la a 8-a zi a bolii cu diagnosticul „Dizenterie acută”. Acasă a avut febră, scaune lichide, cu mucus şi sânge. I s-a administrat cu cotrimoxazol 5 zile. Temperatura s-a normalizat. Scaunele acum sunt păstoase, de 4–5 ori pe zi, nedigerate. Din materiile fecale s-a izolat în cantităţi mari Klebsiella pneumonie.
Conduita corectă va fi:

A. Alimentaţia conform vârstei
B. Corticoterapia
C. Eubiotice
D. Antibioticoterapia
E. Furazolidon

32. Copilul în vârstă de 8 ani s-a îmbolnăvit acut: febră (40ºC), vome repetate, cefalee, dureri în gât. La examinare – hiperemia tegumentelor, sclerită, hiperemia mucoasei peretelui posterior al faringelui; pe pilierii anteriori se observă 3 afte şi o veziculă cu o areolă de hiperemie. Semnele meningiene – pozitive.
Diagnosticul preventiv va fi:
A. Gripa, neurotoxicoza
B. Infecţia meningococică
C. Infecţia enterovirală, meningită, herpangină
D. Scarlatina
E. Pseudotuberculoza

33. Copilul în vârstă de 3 ani are febră moderată, dureri în abdomen, tenesme, scaune lichide cu mucus şi striuri de sânge. La examinare: abdomenul exavat, intestinul sigmoid spasmat.
Diagnosticul prezumtiv va fi:
A. Salmoneloza
B. Dizenteria
C. Holera
D. Infecţia stafilococică
E. Escherichioza cu Esch. enterotoxigenă

34. Copilul în vârstă de 10 ani acuză brusc cefalee pronunţată, vome repetate, febră. Obiectiv: hiperemia tegumentelor, sclerită, redoarea cefei, semnul Kernig pozitiv. LCR: transparent, pleiocitoza – 277/mm^3, 70% limfocite, 30% neutrofile, albuminorahie – 0,33%, glucoză – 2,7 mmoli/l, chlorizii în normă.
Diagnosticul etiologic în acest caz poate fi confirmat prin:
A. Metoda bacteriologică
B. Investigaţii biochimice
C. Metoda serologică
D. Electroencefalogramă
E. Tomografie computerizată

35. Copilul în vârstă de 6 luni prezintă t° 37,5°C, vomă, diaree cu scaune de 3–5 ori/zi, abundente, cu mucus. Activ, vioi, ochii nu sunt înfundaţi. Plica cutanată se reface imediat.

Terapia corectă este:

A. Antibiotice
B. Pauză hidrică de 6–8 ore
C. Pauză alimentară de 6–8 ore
D. Rehidratare orală
E. Rehidratare perfuzională

36. Copilul în vârstă de 1 an şi 6 luni cu salmoneloză a avut vomă, diaree, febră. La examinare este vioi, activ, însă bea cu sete, plica cutanată se reface lent.

Apreciaţi gradul de deshidratare:

A. Deshidratare negativ
B. Deshidratare moderată
C. Deshidratare severă

37. Copilul în vârstă de 1 an şi 6 luni cu varicelă a fost tratat la domiciliu. Boala a avut o evoluţie uşoară, spre însănătoşire. În ziua a 8-a a bolii starea copilului s-a agravat: au apărut vome repetate, slăbiciune, somnolenţă, ataxie, mers nestabil.

Pentru stabilirea diagnosticului clinic este necesar în primul rând:

A. Examenul virusologic
B. Examenul serologic
C. Consultaţia medicului neurochirurg
D. Puncţia lombară cu examinarea lichidului cefalorahidian
E. Radiografia craniană

38. La un copil în vârstă de 6 luni, din scaun s-a izolat Sh. sonnei. Acuze nu prezintă. Starea generală satisfăcătoare. Afebril, poftă de mâncare bună. Abdomenul moale, indolor. Scaunul normal. Reacţia de hemaglutinare indirectă cu diagnosticul sonnei pozitivă 1:200 şi în dinamică – 1:800.

Indicaţi forma clinică a schigelozei sonnei:

A. Dispeptică
B. Frustă
C. Inaparentă
D. Portaj
E. De tip toxiinfecţie alimentară

39. Copilul în vârstă de 3 luni a fost internat în ziua a 9-a a bolii cu diagnosticul „Hepatita virală B, forma malignă, precomă. IRA, bronhopneumonie bilaterală”.

Tratamentul corect va fi:

A. Terapia de detoxicare e.v (sol. glucoză 5–10%), sol albumină 10%, dextran 40) + antibiotice

B. Terapia de detoxicare e.v (sol. glucoză 5–10%), sol albumină 10%, dextran 40)+ antibiotice + inhibitori de proteaze (contrical, hordox), inhibitori ai fibrinolizei (ac. aminocapronic sol. 5%)

C. Terapia de detoxicare e/v (sol. glucoză 5–10%, sol albumină 10%, dextran 40)+ antibiotice + inhibitori de proteaze (contrical, hordox), inhibitori ai fibrinolizei (ac. aminocapronic sol. 5%) + terapia antivirală cu preparate de interferon alfa

D. Terapia de detoxicare e/v (sol. glucoză 5–10%, sol albumină 10%, dextran 40) + antibiotice + inhibitori de proteaze (contrical, hordox), inhibitori ai fibrinolizei (ac. aminocapronic sol. 5%) + corticoterapia (prednisolon 5–10 mg/kg/24 ore)

E. Antibiotice, interferon alfa

40. Copilul în vârstă de 10 ani acuză brusc cefalee pronunţată, vome repetate, febră. Semnele meningiene – pozitive. Leucocitoză. Conduita corectă va fi:

A. Examenul ultrasonor al organelor abdominale
B. Observaţie la domiciliu
C. Spitalizare şi puncţia lombară
D. Tratament antibacterian la domiciliu
E. Spălătura gastrică

41. Un copil în vârstă de 1 an din centrul de plasament s-a îmbolnăvit acut: febră (39,5ºC) şi erupţii cutanate veziculare. La examinare s-a constatat varicelă.

Conduita corectă va fi:

A. Izolarea copilului. Antipiretice
B. Corticosteroizi
C. Antihistamine
D. Antibiotice
E. Izolarea bolnavului în boxă, antipiretice prelucrarea elementelor eruptive cu substanţe dezinfectante, observare

RĂSPUNSURI

Difteria

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. B	1. ABC
2. B	2. BDE
3. C	3. ABE
4. D	4. ACE
5. D	5. BDE
6. A	6. ABC
7. C	7. ABC
8. E	8. ACD
9. B	9. ACD
10. A	10. BCD
11. E	11. BCD
12. D	12. ABD
13. B	13. CDE
14. D	14. BCD
15. D	15. BDE
16. A	16. BCE
17. D	17. BDE
18. A	18. BDE
19. D	19. ABE
20. B	20. ABD

Angina

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. E	1. ABC
2. B	2. ABC
3. C	3. ABC
4. A	4. BCD
5. E	5. ACD
6. C	6. BCD
7. B	7. BCE
8. B	8. ABC
9. C	9. CDE
10. D	10. BCD
11. D	11. CDE
12. E	12. ABC
13. E	13. ADE
14. C	14. BDE
	15. BCE
	16. BCE
	17. ACE
	18. ABC
	19. ADE
	20. CDE
	21. ADE
	22. ABE
	23. ABD
	24. ADE
	25. ABC
	26. ABC

Scarlatina

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. D	1. BCD
2. B	2. CDE
3. D	3. BDE
4. C	4. ABC
5. D	5. ACD
6. B	6. BDE
7. B	7. BDE
8. E	8. ACE
9. D	9. BDE
10. B	10. BDE
11. D	11. BCD
12. B	12. ABC
13. C	13. ABC
14. D	14. ABC
15. B	15. ACD
16. B	16. CDE
17. B	17. BCE
18. B	18. BCD
19. C	19. BCE
20. D	20. BDE
21. B	21. ACE
22. B	22. BCE
	23. ACD
	24. BDE
	25. ACE
	26. ACD
	27. BCE
	28. ACE
	29. BCE
	30. ABD
	31. BDE

Rujeola

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. B	1. BCD
2. D	2. ABE
3. B	3. ACE
4. B	4. BCD
5. D	5. BCE
6. D	6. ABC
7. D	7. BCD
8. D	8. ABD
9. D	9. ACE
10. D	10. BCE
11. E	11. CDE
12. D	12. ABE
13. A	13. BDE
14. D	14. ABE
15. D	15. BCE
16. B	16. ABC
17. E	17. BCD
18. D	18. CDE
19. A	19. ABC
20. C	20. ABC
	21. ABE
21. C	22. ACD
	23. BDE
	24. ADE
	25. ABE
	26. BCD
	27. BCE
	28. ACE
	29. CDE
	30. ADE
	31. ABD
	32. ACE
	33. ABE
	34. CDE
	35. ABE

Rubeola

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. C	1. ABE
2. B	2. ABC
3. B	3. ABD
4. A	4. BCD
5. C	5. ABC
6. B	6. ADE
7. B	7. ACD
8. D	8. BCD
9. D	9. ACDB
10. E	10. ABD
11. E	11. CDE
12. C	12. ABD
13. D	13. ACD
14. A	14. ACE
15. B	15. BDE
16. E	16. ABD
17. B	17. ADE
18. A	18. BCD
19. C	19. ACD
20. B	20. ADE
21. C	21. ABC
22. B	22. BCE
23. A	23. ABC
24. B	24. ABD
25. A	25. CDE
26. B	26. ACD
	27. ACD
	28. BCE

Infecţia herpetică

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. B	1. ABC
2. E	2. ABE
3. E	3. ABC
4. B	4. ABC
5. C	5. CDE
6. E	6. ABC
7. B	7. ABD
8. B	8. CDE
9. D	9. BDE
10. E	10. ABC
11. E	11. ABC
12. C	12. BCE
13. C	13. ACD
14. D	14. ABC
15. E	15. BDE
16. B	16. BCD
	17. BDE
	18. BCE
	19. ACE
	20. BCE
	21. BCD
	22. ACD
	23. ABD
	24. BCE
	25. ACD
	26. ADE
	27. ACD

Varicela

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. E	1. ADE
2. B	2. ADE
3. A	3. BCE
4. B	4. ACD
5. B	5. ABC
6. E	6. CDE
7. C	7. ABE
8. E	8. ABE
9. A	9. ACD
10. C	10. ACE
11. E	11. ABC
12. D	12. BCD
13. E	13. ACE
14. A	14. BDE
15. E	15. CDE
16. B	16. ACE
17. D	17. ACD
18. D	18. ABD
19. E	19. ABE
20. D	20. ABE
21. C	21. ADE
22. C	22. ADE
	23. ABE

Oreionul

Complement simplu		*Complement multiplu*	
1.	D	1.	BCD
2.	E	2.	BCD
3.	C	3.	BCD
4.	E	4.	ACD
5.	E	5.	CDE
6.	D	6.	BDE
7.	B	7.	BCD
8.	D	8.	BCD
9.	E	9.	ABE
10.	D	10.	BCD
11.	E	11.	ABC
12.	C	12.	BCE
13.	A	13.	ACD
14.	E	14.	CDE
15.	C	15.	ACB
16.	E	16.	ABC
17.	E	17.	ADE
18.	B	18.	CDE
		19.	ABC
		20.	ADC
		21.	ACD
		22.	ABC
		23.	ABC
		24.	ABD
		25.	ABD
		26.	BDE
		27.	ADE

Pertussis

Complement simplu		*Complement multiplu*	
1.	D	1.	BDE
2.	E	2.	ABE
3.	A	3.	CDE
4.	B	4.	ADE
5.	E	5.	BCD
6.	D	6.	ACD
7.	C	7.	ABD
8.	E	8.	BCD
9.	B	9.	ABC
10.	D	10.	ABD
11.	B	11.	BCD
12.	C	12.	ABD
13.	B	13.	ADE
14.	C	14.	BDE
15.	C	15.	ACE
16.	C	16.	ABD
17.	D	17.	ACE
		18.	BDE
		19.	ABE
		20.	ACD
		21.	BDE
		22.	ACE
		23.	BCD
		24.	ACE
		25.	BCE
		26.	ABC
		27.	BDE
		28.	ABD
		29.	BCE
		30.	ABD
		31.	BCD

Infecţia meningococică

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. D	1. ACD
2. C	2. ADE
3. C	3. ABC
4. B	4. ACD
5. B	5. ABC
6. A	6. ABD
7. C	7. ABD
8. C	8. CDE
9. E	9. CDE
10. D	10. ACE
11. B	11. ACD
12. B	12. ACD
13. C	13. BCD
14. C	14. ACE
15. E	15. BCE
16. C	16. ACE
17. A	17. ACE
18. B	18. BCD
19. B	19. CDE
20. C	20. ACD
	21. ABD
	22. ABC
	23. BDE
	24. ABE
	25. ABD
	26. ABC
	27. BCD
	28. BDE
	29. ABC
	30. BDE
	31. ABD
	32. ABE

Gripa

Complement simplu		*Complement multiplu*	
1.	B	1.	ABC
2.	B	2.	ABC
3.	D	3.	ABD
4.	C	4.	BCD
5.	D	5.	ABE
6.	C	6.	ABC
7.	D	7.	ABD
8.	C	8.	ACE
9.	A	9.	ACE
10.	E	10.	ABE
11.	B	11.	ABC
12.	B	12.	ABC
13.	C	13.	ADE
14.	B	14.	BCD
15.	B	15.	BCE
16.	B	16.	ABD
17.	B	17.	BCE
		18.	ABD
		19.	ACD
		20.	ABC
		21.	ACD
		22.	BCD
		23.	ADE
		24.	ABE
		25.	ABD
		26.	ACD
		27.	BDE
		28.	BCE
		29.	ACE

Paragripa

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. D	1. ACD
2. B	2. ABC
3. C	3. ABC
4. B	4. CDE
5. D	5. ADE
	6. ABC
	7. ABC

Adenovirozele

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. C	1. BCE
2. D	2. ABC
3. B	3. ACD
4. E	4. ACD
5. E	5. BCD
6. E	6. ACD
	7. ABE
	8. ABC
	9. BCE
	10. ABC

Infecţia cu virusul sinciţial respirator

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. A	1. BCD
2. B	2. BDE
3. C	3. ABC
4. B	4. BCE
5. D	5. BDE
6. C	6. CDE
7. B	7. ACD
	8. ACD
	9. ABD
	10. ABC
	11. ADE

Enterovirozele

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. D	1. ABC
2. C	2. ABE
3. C	3. BDE
4. B	4. ACE
5. C	5. BDE
6. B	6. BCD
7. C	7. CDE
8. A	8. CDE
9. E	9. BCD
10. D	10. BDE
11. D	11. ABC
12. E	12. BDE
13. D	13. ABC
14. A	14. ABC
15. C	15. ABE
16. E	16. BCE
17. A	17. ABC
18. E	18. ABC
19. C	19. ACD
	20. ABC
	21. ABC
	22. BCD
	23. ABC
	24. BCD
	25. ABC
	26. ADE
	27. CDE
	28. ABC
	29. BCD

Poliomielita

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. E	1. ACE
2. B	2. ABD
3. E	3. ACE
4. D	4. CDE
5. D	5. ACD
6. E	6. BCD
7. B	7. ABC
8. C	8. ABC
9. B	9. ABD
10. C	10. ABC
11. D	11. ABC
12. D	12. BCD
13. E	13. ACD
14. C	14. BCE
15. D	15. ACD
16. A	16. ABC
	17. ABC
	18. ABC
	19. ABC
	20. ACD
	21. BCD
	22. ABC

Shigeloza

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. A	1. BCD
2. C	2. BCD
3. B	3. ABE
4. C	4. BCE
5. C	5. CDE
6. A	6. ABD
7. D	7. BCD
8. D	8. BCD
9. C	9. ABC
10. E	10. BCE
11. C	11. CDE
12. B	12. CDE
13. A	13. ABC
14. A	14. BCD
15. B	15. ACD
16. B	16. BCE
17. D	17. ABD
18. E	18. CDE
19. C	19. BCD
20. A	20. ACE
	21. BCD
	22. ABD
	23. ABD
	24. ABE
	25. ABC
	26. BCE
	27. ABE
	28. BCD
	29. ADE
	30. CDE

Salmonelozele

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. D	1. ABC
2. C	2. BDE
3. A	3. ABC
4. B	4. ABD
5. B	5. CDE
6. B	6. BCD
7. B	7. ABC
8. C	8. ABE
9. B	9. CDE
10. E	10. ABD
11. E	11. ADE
12. E	12. ABC
13. E	13. ABC
14. A	14. ACD
15. E	15. ABC
16. E	16. CDE
17. A	17. ACD
18. B	18. BCE
19. E	19. BCD
20. C	20. ABD
	21. ABC
	22. ADE
	23. ABC
	24. CDE
	25. ABC
	26. BCE
	27. ABC
	28. ABC
	29. CDE
	30. ABC

Escherichiozele

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. B	1. ACD
2. B	2. ABE
3. E	3. BDE
4. A	4. ACE
5. E	5. ABE
6. B	6. BCE
7. D	7. ABC
8. C	8. CDE
9. D	9. ABC
10. A	10. CDE
11. C	11. BCD
12. A	12. ABD
13. B	13. ABC
14. D	14. ACD
15. E	15. ACE
16. C	16. CDE
17. C	17. BCD
18. D	18. BCD
19. E	19. ABC
20. B	20. ACD
	21. ABC
	22. ABD
	23. BCD
	24. CDE
	25. ADE
	26. ABC
	27. ABC
	28. ABD
	29. ABC

Infecţii intestinale cu ECP

Complement simplu		*Complement multiplu*	
1.	B	1.	CDE
2.	C	2.	ABC
3.	B	3.	ABC
4.	E	4.	ABC
5.	A	5.	ACD
6.	E	6.	ABC
7.	B	7.	ABD
8.	E	8.	ABC
9.	C	9.	ABD
10.	B	10.	ADE
11.	B	11.	ACE
		12.	BCD
		13.	ABC
		14.	ABE
		15.	ACD
		16.	ACD
		17.	ABD
		18.	ACD
		19.	ACE
		20.	ACE
		21.	BCE
		22.	ACD
		23.	BCE
		24.	ABE
		25.	BCD
		26.	ACE
		27.	CDE
		28.	BDE
		29.	ACE
		30.	ACE
		31.	ABC
		32.	CDE
		33.	ABE
		34.	ABC

Infecţia rotavirală

Complement simplu

1. A
2. B
3. A
4. C
5. E
6. C
7. D
8. B

Complement multiplu

1. BCE
2. BCD
3. ABD
4. ACD
5. ABD
6. ABD
7. ACD
8. ABD
9. ACE
10. ACD

Tratamentul BDA

Complement simplu		*Complement multiplu*	
1.	C	1.	BCE
2.	A	2.	CDE
3.	D	3.	BCD
4.	B	4.	BDE
5.	D	5.	ACD
6.	D	6.	ABC
7.	D	7.	CDE
8.	C	8.	ABE
9.	D	9.	ACD
10.	C	10.	ACE
11.	C	11.	ABDE
12.	D	12.	ABD
13.	D	13.	ABC
14.	A	14.	ACD
		15.	ADE
		16.	ABD
		17.	ABCD
		18.	ABE
		19.	ADE
		20.	ACD
		21.	BCD
		22.	BDE
		23.	ABC
		24.	ABC

Dismicrobismul intestinal

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. A	1. ABC
2. B	2. ABC
3. C	3. ACE
4. C	4. ABE
5. A	5. ACD
6. C	6. ABC
7. C	7. ABC
	8. ACD
	9. ABC
	10. ABC
	11. BCD
	12. BCD
	13. ABE
	14. ADE

Hepatitele virale

Complement simplu		***Complement multiplu***	
1.	C	1.	BCD
2.	E	2.	ABC
3.	B	3.	ABE
4.	D	4.	ACE
5.	C	5.	ABC
6.	A	6.	ABD
7.	D	7.	CDE
8.	B	8.	CDE
9.	C	9.	BDE
10.	D	10.	ACE
		11.	ACE
		12.	ABC
		13.	CDE
		14.	BCE
		15.	ACE
		16.	ACD
		17.	ABC
		18.	ACD
		19.	ABC
		20.	BDE
		21.	ABC
		22.	ABC
		23.	BCE
		24.	ABD
		25.	ADE
		26.	ABC
		27.	BCD
		28.	ABC
		29.	ABE
		30.	ACD
		31.	ACD
		32.	ABC
		33.	ABC

Mononucleoza infecţioasă

Complement simplu		*Complement multiplu*	
1.	C	1.	BCE
2.	D	2.	BCE
3.	C	3.	ABC
4.	D	4.	ABD
5.	D	5.	ABD
6.	D	6.	ACE
7.	E	7.	ACD
8.	D	8.	ABC
9.	B	9.	BCE
10.	E	10.	ABC
11.	A	11.	ABE
12.	B	12.	ABC
13.	E	13.	BCD
14.	B	14.	BCE
15.	C	15.	BCD
16.	D	16.	ACD
		17.	ACD
		18.	ACD
		19.	BCE
		20.	ABC
		21.	ABC
		22.	ABE
		23.	ABC
		24.	ABC

Neurotoxicoza

Complement simplu	*Complement multiplu*
1. B	1. ABC
2. B	2. ABC
3. B	3. ABC
4. C	4. ABC
5. C	5. ABC
6. D	6. ABC
7. B	7. BDE
8. E	8. ABC
9. B	9. ABD
10. C	10. ACD
11. A	11. ACE
12. C	12. ABC
13. A	13. ABC
14. B	14. ABD
15. A	15. ACD
16. A	16. ABC
17. C	17. ABC
18. A	18. ABC
19. E	19. ABD
20. C	20. ABC
21. C	21. ADE
22. C	22. ABC
23. B	
24. A	
25. C	

Asociere simplă

1. 1E 2D3A 4B 5C
2. 1D 2A 3B 4C 5E
3. 1C 2B 3D 4E 5A
4. 1E 2A 3C 4B 5D
5. 1E 2A 3B 4D 5C
6. 1C 2A 3D 4E 5B
7. 1E 2D 3C 4B 5A
8. 1A 2D 3B 4E 5C
9. 1B 2C 3E 4A 5D
10. 1D 2C 3B 4A 5E
11. 1B 2A 3E 4D 5C
12. 1B 2D 3C 4A 5E 6F
13. 1C 2A 3B 4E 5D
14. 1C 2D 3A 4E 5B
15. 1B 2A 3C 4E 5D
16. 1C 2B 3D 4A 5E
17. 1C 2B 3A
18. 1C 2A 3B 4E 5D
19. 1B 2A 3C 4D
20. YYY
21. 1E 2C 3B 4A 5D
22. 1B 2E 3C 4A 5D
23. 1C 2A 3E 4B 5D
24. 1BCE 2AD
25. 1B 2A 3C 4D 5E
26. 1A 2D 3C 4E 5B
27. 1E 2B 3A 4C 5D
28. 1B 2C 3D 4E 5A
29. 1D 2A 3C 4B
30. 1E 2C 3B 4A 5D
31. 1D 2A 3E 4C 5B
32. 1C 2B 3D 4A
33. 1E 2D 3C 4B 5A
34. 1E 2B 3A 4C 5D
35. 1D 2A 3B 4C 5E
36. 1B 2E 3A 4D 5C

Prezentare de caz simplu

1. E
2. A
3. C
4. D
5. D
6. D
7. D
8. B
9. D
10. B
11. D
12. C
13. E
14. B
15. D
16. E
17. D
18. D
19. B
20. D
21. E
22. C
23. C
24. C
25. E
26. E
27. E
28. A
29. B
30. B
31. C
32. C
33. B
34. C
35. D
36. B
37. D
38. C
39. E
40. C
41. E

BIBLIOGRAFIE

1. Galina Rusu (redacţia). *Boli infecţioase la copii*. Chişinău, 2001.
2. Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин. *Инфекционные болезни у детей.* Медицина, Москва, 1990.
3. Marin G.R. Voiculescu. *Boli infecţioase*. Ed.med., Bucureşti, 1989, vol.1, 2.
4. Ian Tansanu. *Pediatrie.* Iaşi, 1995, vol. 1.
5. Şt.M. Dimitriu şi coaut. *Boli infecţioase şi epidemiologie*. Curs. Iaşi, 1986.
6. P. Galeţchi cu coaut. *Ghid practic de microbiologie medicală*. Chişinău, Bucureşti, 1977.
7. Mircea Chiotan. *Boli infecţioase*. Bucureşti, 1998.
8. В.В. Иванова. *Инфекционные болезни у детей*. Москва, 2002, 929 с.
9. В.Ф. Учайкин. *Руководство по инфекционным болезням у детей.* ГЭОТАР, „Медицина", Москва, 1999, 809 с.
10. E. Pilly. *Maladies infectieuses et tropicales*.
11. Г.А. Тимофеева, Л.А. Антипова. *Инфекционные заболевания детей первого года жизни*. М.,1985.
12. Г.А.Тимофеева. *Стафилококковая инфекция у детей*. Л.,1977.
13. C. Spânu, G. Rusu, L. Bârca. *Infecţii clinico-epidemiologice, diagnostic, tratament, profilaxie*. Chişinău, 2005.
14. Л.В. Быстрякова. *Инфекционные экзантемы у детей*. М.,1982.
15. А.П. Казанцев. *Эпидемический паротит*. М., 1988.
16. А.П. Зинченко. *Острые нейроинфекции у детей*. М., 1986.
17. А.И. Иванов. *Инфекционные болезни с экзантемами*. М., 1970.
18. Н.И. Нисевич, М.О. Гаспарян. *Инфекционный мононуклеоз у детей*. М.,1975.
19. В.И. Покровский, Л.А. Фаворова, Н.Н. Костюкова. *Менингококковая инфекция*. М.,1976.
20. А.И. Швалко. *Коклюш*. М., 1974.
21. Л.А. Фаворова и др. *Дифтерия.* М., 1986.
22. I. Ilciuc şi coaut. *Encefalopatia toxiinfecţioasă acută la sugari*. Chişinău, 1996.
23. А.С. Мартынкин. *Коклюш у детей*. Л., 1990.
24. Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин. *Тяжелые и злокачественные формы вирусного гепатита у детей*. М., Медицина, 1982.
25. Petru Galeţchi, Galina Rusu şi coant "Dismicrobismul intestinal la copii"Chişinău, 2008
26. Protocoale clinice naţionale, 2008, 2009, 2010